

DETERMINANTES DE LA SALUD

*Adriana Moiso**

1.- El concepto de “causa” en Epidemiología fue cambiando

El estudio teórico de la causalidad tiene consecuencias importantes para la práctica cotidiana de la epidemiología.

Los filósofos y los epidemiólogos analizan la causalidad, pero con objetos de estudio muy diferentes. Mientras los filósofos están interesados en general en los principios de causalidad (ontología), los epidemiólogos están interesados en modelos causales de la enfermedad (Parascandola, 2001). Como señala Olsen (2003) la utilización de diferentes modelos para estudiar la etiología de las enfermedades, tiene consecuencias sobre la manera en que enseñamos, investigamos, evaluamos y comentamos nuestros resultados. Más aún, este debate tiene importancia sustancial para la *asignación de recursos* en la investigación y la intervención.

Por lo tanto, las creencias y supuestos del epidemiólogo pueden traer consecuencias prácticas, ya que los modelos causales se construyen dentro de los límites impuestos por la definición que el epidemiólogo tiene en mente (en forma explícita o implícita).

Hecha esta consideración, la búsqueda de las causas y sus relaciones ha evolucionado a través de tres eras epidemiológicas con sus propios paradigmas: 1) la era de las estadísticas sanitarias con su paradigma, el *miasma*; 2) la era de epidemiología de la enfermedad infecciosa con su paradigma, la *teoría del germen*; y 3) la era de epidemiología de la enfermedad crónica con su paradigma, la *caja negra* (Susser, 1996).

Los cimientos de la epidemiología moderna datan del siglo XVII, cuando se desarrollaron las primeras técnicas descriptivas de medición de la enfermedad en el ámbito poblacional (Lopez-Moreno, Corcho-Berdugo, Lopez-Cervantes, 1998); desde el siglo XVIII y hasta la primera mitad del siglo XIX, la epidemiología adhirió firmemente a la teoría miasmática, que fue el pensamiento dominante entre los salubristas europeos. Los médicos tendían a caracterizar a la enfermedad en términos de causas suficientes múltiples como el mal clima, el aire contaminado, la pobreza o los rasgos personales (Kunitz, 1987).

Hacia finales del siglo XIX y principios del XX, siguiendo las pautas marcadas por el desarrollo científico biomédico, la epidemiología adoptó la *teoría del germen*. Esta teoría, afirmaba que existe una sola causa para cada efecto y que ambos eventos se relacionan siguiendo patrones constantes, en forma de cadenas lineales. *Se asumía que las enfermedades podrían erradicarse, erradicando los gérmenes que las causan* (McDowell, 2001). La teoría fue exitosa en la identificación de la etiología y el control de muchas enfermedades. No obstante, por último fracasó, ya que la estrecha perspectiva de relacionar agentes simples, uno a uno con enfermedades específicas, fue incapaz de brindar soluciones para las enfermedades no transmisibles. Además, la búsqueda de microorganismos retrasó el avance de la epidemiología. Al rechazarse la investigación sobre otros factores, como las variables sociales, este paradigma “reduccionista” trajo como consecuencia la aplicación

* Residencia en Administración de Salud y Seguridad Social (IOMA - Minist. Salud PBA - FCM, UNLP). Diploma en Gestión de Instituciones de Salud (Universidad de Chile). Profesor Adjunto de Salud Pública (FCM-UNLP).

universal de intervenciones específicas, y clausuró otras posibilidades de intervención sobre la salud de la población.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la mortalidad por enfermedades crónicas comenzó a superar a la producida por las enfermedades infecciosas agudas en los países desarrollados. Al intentar entender y controlar este nuevo tipo de problemas de salud, los epidemiólogos se enfrentaron con circunstancias desconocidas, que requerían nuevos planteamientos respecto a su etiología. Universalmente, adhirieron a la noción de *factores de riesgo personales* para enfermedades específicas (ejercicio u obesidad y el riesgo de diabetes), o *ambientales* (falta de agua potable e infecciones intestinales).

Durante el período que va desde la posguerra hasta la actualidad, la epidemiología postuló la existencia de múltiples causas para cada proceso patológico. El peso causal de cada factor dependía de su cercanía con el presunto efecto, en el marco de una compleja *red de causalidad*. Este concepto de multicausalidad en forma de red fue introducido por B. MacMahon y se ha convertido en un elemento central de la epidemiología moderna (2001).

La mayoría de la investigación epidemiológica de los últimos tiempos, siguió la búsqueda de factores de riesgo (Marmot, 2005). En los años setenta, la tensión arterial y el colesterol; en los 2000, la proteína C reactiva. El pensamiento es el mismo: el factor de riesgo discriminará aquéllos que enfermarán de los que no enfermarán. Las enfermedades no transmisibles se relacionarían con una pléthora de exposiciones. La premisa es simple: a través de su conducta, las personas se exponen a una cierta combinación de factores que actúan independientemente o sinérgicamente para causar la enfermedad. La búsqueda epidemiológica se orientó a las diferencias en el *estilo de vida* entre los individuos, en la creencia de que los cambios en la conducta personal llevarían a una disminución en la exposición y riesgo de enfermedad, y de que tal cambio es posible.

Se consideraba que las relaciones establecidas entre las condiciones participantes en el proceso causal son muy complejas, y forman una unidad imposible de conocer completamente. El modelo de la *caja negra* es una metáfora útil para representar un fenómeno cuyos mecanismos internos están ocultos al observador. Sugiere que la epidemiología debe limitarse a la búsqueda de aquellos elementos de la red que eventualmente permitan romper la cadena causal, haciendo innecesaria la identificación de todos los componentes del proceso de producción de la enfermedad.

Si bien este tipo de investigación epidemiológica nos ha permitido conocer una gran porción de factores individuales asociados con las enfermedades no-infecciosas, especialmente los asociados con el cáncer y la enfermedad coronaria, actualmente se discute la continuación de este enfoque. La respuesta a la pregunta de por qué algunos individuos se enferman mientras que otros no requiere investigación sobre los *factores que afectan las opciones de vida diaria* de una persona (o su ausencia).

El abordaje de “caja negra” sobre la etiología de la enfermedad resultaba adecuado para identificar los factores de riesgo y predecir la ocurrencia de enfermedad, pero soslayaba la manera en que se ejerce la influencia causal (Parascondola, 2001). Esta conceptualización, la llamada “epidemiología de los factores de riesgo” es una disciplina esencialmente mecánica. La pregunta ¿“por qué” enferman las personas? se ha reemplazado convenientemente por el más accesible ¿“cómo”? (procesos involucrados en “causar” la enfermedad) (Tam, 2003). Si la epidemiología pretende ser explicativa en lugar de descriptiva en la investigación y proactiva en lugar de reactiva en su aplicación, se necesitan marcos conceptuales que proporcionen una comprensión de los factores subyacentes que influyen en estos procesos biológicos (Olsen, 2003). En este sentido, el paradigma de “caja negra” dominante es hoy de menor utilidad y probablemente pronto será reemplazado (Susser, 2004).

Durante los años noventa creció el interés por comprender las conexiones dentro de la *caja negra*; buscando modelos que describieran cómo los ambientes físicos y sociales actúan recíprocamente con la biología y la psicología individuales para explicar los resultados de salud. Sin embargo, tales explicaciones no resultaban sencillas dentro de los paradigmas explicativos convencionales (McDowell, 2001).

Recientemente, otras corrientes han propuesto una alternativa denominada *modelo histórico-social*. Este modelo plantea que la adopción mecánica de la multicausalidad ha desvirtuado el carácter social de la enfermedad, ya que concede el mismo peso a factores que son de naturaleza y jerarquía distintas. En ese marco, Susser y Susser (1996) desarrollaron una teoría epidemiológica

que unifica distintos fenómenos, desde las vías causales a nivel social a la patogénesis a nivel molecular, a través de explicaciones multi-nivel. La enfermedad es concebida como un fenómeno poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados. Plantean que los fenómenos colectivos de salud tienen lugar de manera similar a un conjunto de cajas *chinas*, de modo que un sistema contiene a otro subordinado, y los cambios en un nivel influyen sobre el subsistema correspondiente, pero no necesariamente sobre la totalidad del sistema. De esta manera, las relaciones existentes en cada nivel, del molecular al social, son válidas únicamente para explicar estructuras de complejidad y jerarquía similares; es decir, no pueden ser generalizadas a otros niveles. Esta propuesta es denominada ecoepidemiología (ver más adelante) [Cuadro 1.a].

Paradigmas en la evolución de la Epidemiología

- Teoría del miasma
- Teoría del germen
- Teoría de la caja negra
- Teoría histórico-social
- Teoría de las cajas chinas

Cuadro 1.a

Susser plantea que limitar la epidemiología a la identificación de factores de riesgo restringe innecesariamente el alcance de la disciplina (2004). Los desarrollos actuales requieren la adopción de un marco más amplio, que incluya y no descarte la epidemiología de los factores de riesgo. La epidemiología está cambiando a lo largo de cuatro líneas en paralelo:

- 1) Los epidemiólogos consideran cada vez más múltiples niveles de causalidad. Las causas de los resultados de salud pueden buscarse en las poblaciones a nivel macro, como en la distribución de la riqueza a través y dentro de las sociedades; a nivel individual, como en la conducta individual, y a nivel micro, como en la expresión genética en las células. Aunque una enfermedad finalmente se manifiesta en una persona que padece, su prevención podría dirigirse hacia cualquiera de estos niveles. Se necesitan abordajes diferentes para identificar los procesos causales a cada nivel y el modo en que un proceso en un nivel (vg. cohesión social o cambios celulares) puede manifestarse en otro nivel (vg. enfermedad en el individuo).
- 2) Como ciencia central de la Salud Pública, la epidemiología se sitúa estratégicamente para investigar la interacción entre los factores genéticos y medioambientales. En un escenario sencillo, un factor genético mensurable podría aumentar el riesgo de la producción de un daño sólo en presencia de una exposición medioambiental específica. Ejemplo: se ha propuesto que el alelo del gen que codifica el transportador de serotonina sólo influye en el riesgo de depresión después de la exposición a eventos estresantes.
- 3) Los epidemiólogos reconocen cada vez más la riqueza del análisis de la trayectoria de salud y enfermedad a lo largo de la vida. El comienzo de la enfermedad en un adulto podría reflejar experiencias tempranas de la vida. Éstas incluyen los efectos a largo plazo de la injuria uterina; una cadena de experiencias sociales y biológicas comenzada por una exposición en la primera infancia; y la exposición acumulativa a factores tóxicos, biológicos o sociales durante un período prolongado. Estas trayectorias alternativas requieren abordajes diferentes para su investigación.
- 4) Por lo menos, algunos epidemiólogos están comprometidos en invertir la vieja tendencia hacia la fragmentación en sub-especialidades. Un marco conceptual más amplio y unificado podría sostener la coherencia de la disciplina. Por medio siglo, la epidemio-

logía de las enfermedades infecciosas y de las enfermedades crónicas evolucionó en paralelo. Los investigadores están demostrando ahora que los métodos desarrollados para las enfermedades infecciosas –tales como los modelos de transmisión de epidemias a través de las poblaciones– son relevantes para las enfermedades no transmisibles y los comportamientos.

Un abordaje integrado para investigar la enfermedad y su prevención necesariamente requiere comprender: niveles de causalidad, trayectorias de curso de vida, tipos de causas, y tipos de enfermedades. Esta perspectiva, llamada eco-epidemiología, se incluye en el universo mayor de la epidemiología social (ver más adelante).

Berkman y Kawachi definen a la Epidemiología Social como la rama de la epidemiología que estudia la distribución social y los determinantes sociales de los estados de salud (2000).

En el centro de esta cuestión, Rose distingue las causas de las causas de la incidencia de la enfermedad (Rose, 2001). Así, la pregunta “¿Por qué algunos individuos tienen la hipertensión?” es diferente a “¿Por qué algunas poblaciones tienen mucha hipertensión, mientras que en otras es rara?”. Ambas preguntas requieren diferentes tipos de estudio, y tienen respuestas diferentes. La respuesta a esta última pregunta tiene que ver con los *determinantes de la población*, ya que lo que distingue a los dos grupos no tiene relación con las características de los individuos, sino más bien con un cambio en *toda* la distribución, una influencia masiva que actúa sobre el conjunto de la población. Para encontrar los determinantes de las tasas de prevalencia e incidencia “necesitamos estudiar las características de las poblaciones, no las características de los individuos”.

Esto surge del hecho que los determinantes de las diferencias en las características individuales dentro de una población pueden ser distintas de los determinantes de las diferencias entre poblaciones. Esto tiene importantes implicancias, tanto para la comprensión de las causas, como para las estrategias de prevención en la salud pública (Marmot, 2005).

Tomemos el ejemplo del agua contaminada. Si un pueblo con agua potable tuviera una tasa más baja de diarrea infantil que otro que no la tiene, ¿estudiaríamos por qué un niño dentro de un pueblo enfermó y otro no? Esto podría proporcionar información complementaria útil si, por ejemplo, los niños de las familias que hirvieron el agua tuvieron tasas más bajas de enfermedad. Pero la pregunta principal todavía sería ¿por qué un pueblo tiene una tasa superior de enfermedad a otro?, y ¿qué podría hacerse sobre esto?

Los libros de texto médicos no brindan una visión de las causas sociales de la enfermedad. Así como el entrenamiento médico, o su equivalente, puede ser necesario entender los mecanismos del desorden patológico, es necesario comprender a la sociedad para entender las causas sociales de la enfermedad. Frente a la ocurrencia de enfermedad, deben realizarse tres preguntas por separado:

- **¿Por qué un grupo tiene una tasa más alta de enfermedad que otro?**
- **¿Por qué un individuo en un grupo se enferma y otro no?**
- **Cuando un individuo se enferma, ¿qué determina qué enfermedad padece?**

Hasta ahora, la epidemiología se dedicó principalmente al estudio de la segunda pregunta, en el marco de la epidemiología de los factores de riesgo.

2.- La epidemiología social propone un abordaje integrador de lo biológico y lo social

La “epidemiología social”, se distingue por su empeño en investigar explícitamente los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos (Krieger, 2002).

2.1.- Los criterios explicativos (McDowell, 2001)

Como los criterios de Bradford Hill ayudan a identificar una variable causal, debemos formular nuevos criterios explicativos para guiarnos. Podrían incluir los siguientes:

- a. Teoría. La explicación exige un marco teórico que de sentido a las relaciones estadísticas. Las estadísticas por sí solas no pueden indicar cuáles variables influyen a cuáles, ni si la asociación puede explicarse en términos de otros factores no considerados en el análisis. *El peso corporal, la falta de ejercicio y la historia familiar son factores de riesgo para la diabetes mellitus. En términos explicativos, la historia familiar puede reflejar factores genéticos que muestren patrones de distribución racial y el exceso de peso corporal puede reflejar una falta de ejercicio, pero también confirmar la susceptibilidad genética.*
- b. Abordaje multi-nivel. Las explicaciones en epidemiología social necesitan incluir varios niveles de análisis. Esto deriva del mandato de holismo: el todo de cada sistema relevante tiene propiedades que les faltan a las partes, y el funcionamiento del todo no puede explicarse exclusivamente en términos del funcionamiento de sus partes (principio de emergencia). Por lo tanto, las leyes que gobiernan los sistemas complejos no pueden derivarse de los sistemas más simples (vg. no puede explicarse la conducta del grupo en términos de las personalidades de los miembros de grupo). A nivel biológico, no pueden explicarse los procesos de la vida por lo que se refiere a los componentes celulares. Al nivel de la conducta de salud, no podríamos entender los patrones dietéticos sin considerar la influencia de la industria alimentaria en la sociedad contemporánea. *El patrón nutricional de la mujer diabética refleja la opción personal derivada de su educación y de los modelos culturales, en el contexto de los precios de los alimentos que influyen en la accesibilidad.*
- c. Mosaicos Explicativos. Debemos abandonar la pretensión de una única explicación correcta. Todas las explicaciones son parciales; los marcos conceptuales y los supuestos iniciales son característicos de cada disciplina y a menudo contrastan, incluso colisionan, entre sí. *Así, para su endocrinólogo, la diabetes refleja desequilibrios hormonales. Para el nutricionista es una cuestión de equilibrio dietético, mientras que un antropólogo podría argumentar acerca de la importancia de los modelos dietéticos culturales.*
- d. La pregunta ¿Por qué? Un sistema explicativo en la epidemiología social requiere la amplitud suficiente como para abarcar al mismo tiempo las preguntas “¿cómo?” y “¿por qué?”. Esto puede involucrar factores individuales positivos y negativos, pero la pregunta de lugar y de tiempo nos obliga a ampliar nuestro alcance, para incluir el ambiente y los factores sociales. *La mujer que desarrolló la diabetes había alcanzado la menopausia y, así como pertenecía a un grupo de alto riesgo, sufría estrés laboral y tenía dificultades para controlar su peso, en parte porque las comidas pobres en grasa, las frutas y las verduras frescas eran más caras que las comidas ricas en hidratos de carbono.*
- e. Agencia. Una explicación debe combinar factores causales y la agencia, para demostrar cómo comenzaron los aspectos cruciales en el proceso. *El origen del estrés de la mujer diabética podría ser una carga de trabajo aumentada, sumada a un marido no compasivo. La sobrecarga de trabajo puede reflejar recortes de personal, con una demanda superior sobre ella por escasez de recurso humano. Ella comía como una manera de compensar esta tensión.*
- f. Dinamismo. Las explicaciones deben resaltar las relaciones mutuas dinámicas entre los factores que contribuyen a enfermar. Mientras esto enfatiza la complejidad para modelizar la enfermedad adecuadamente debido a las interacciones que pueden ocurrir, también sugiere que las intervenciones pueden tener un efecto multiplicativo. *El desarrollo de su diabetes lleva a la mujer a sentirse deprimida; esto a su vez bloquea sus esfuerzos para perder peso, lo que resulta en una auto-imagen cada vez más negativa, que reduce aún más el control de su alimentación y refuerza sus sentimientos de depresión.*

- g. Significado. La explicación debe resaltar el significado a la situación de los actores. *El marido no era compasivo porque culturalmente sostenía el ideal de una esposa delgada y elegante.*

2.2.- La teoría (Krieger, 2002; Krieger, 2001)

Como se indicó anteriormente, es necesaria una teoría para conceptualizar la miríada de procesos sociales y biológicos que se manifiesta en los perfiles epidemiológicos de poblaciones. *La teoría nos ayuda a estructurar nuestras ideas para explicar las conexiones causales entre fenómenos específicos dentro y a través de dominios específicos, utilizando conjuntos interrelacionados de ideas cuya plausibilidad puede ser probada* [Cuadro 2.2.a].

Patrones de salud. Desigualdades sociales.

La pregunta central es:

¿quién y qué es responsable de los patrones de salud, enfermedad, y bienestar, manifestados en las desigualdades sociales en salud presentes, pasadas y actualmente en cambio?

Cuadro 2.2.a

2.2.1.- Tendencias teóricas actuales en la epidemiología social

Las tres teorías principales explícitamente invocadas por los epidemiólogos sociales son: a) la teoría psicosocial, b) la de la producción social de enfermedad y/o economía política de salud, y c) la teoría ecosocial y de los marcos conceptuales multi-nivel relacionados. Todas buscan elucidar los principios capaces de explicar las desigualdades sociales en la salud. Constituyen **teorías de la distribución de la enfermedad**, que no se reducen a las teorías de los mecanismos de la *causalidad de la enfermedad*. Difieren en su énfasis respectivo sobre diferentes aspectos de las condiciones sociales y biológicas en la salud de la población, en cómo integran las explicaciones sociales y biológicas, y por lo tanto, en sus recomendaciones para la acción.

a.- La teoría psicosocial

El marco psicosocial dirige la atención a las respuestas biológicas endógenas a las interacciones humanas. Lo que se plantea es el “potencial del estrés psicológico para dañar la salud”, “generado por circunstancias desesperantes, tareas insuperables o falta de apoyo social”. Conceptualizado generalmente en relación con el individuo, su hipótesis central es que los factores agudos y crónicos generadores de estrés en el “ambiente social”: a) alteran la susceptibilidad del huésped o se vuelven directamente patogénicos por alteración de la función neuroendócrina, o b) inducen comportamientos que dañan la salud (especialmente en relación con el uso de sustancias psicoactivas, la dieta y los comportamientos sexuales).

El “ambiente social” comprende los factores psicosociales generados por la interacción humana: jerarquías dominantes, desorganización social, cambio social rápido, marginalidad, incluyendo el aislamiento social. Neutralizando a los anteriores, el “**capital social**” y la “**cohesión social**” se proponen (y refutan) como ventajas psicosociales poblacionales que pueden mejorar la salud de la población a través de su influencia sobre las normas y del fortalecimiento de los vínculos de la “sociedad civil”, pero con la advertencia de que la pertenencia a determinadas formaciones sociales puede dañar a los miembros del grupo (vg. las normas del grupo alientan comportamientos de alto riesgo) o a quienes no son miembros de él (vg. el daño causado a los grupos sujetos a discriminación por los grupos que apoyan la discriminación).

La atención cambia de la “**etiología específica**” a la “**susceptibilidad generalizada**”. Por lo tanto, la mayoría de las intervenciones para reducir la enfermedad deberían mejorar y fortalecer los apoyos sociales en lugar de reducir la exposición a los factores estresantes. Comparativamente menos atención, teórica y empíricamente, se otorga a: 1) quién y qué genera las injurias y los protectores psicosociales, y 2) cómo su distribución –junto con la de los agentes patógenos físicos, químicos y biológicos– está determinada por las políticas generales, sociales, y económicas. Es como si, parafraseando a Antonovsky (1987), el estudio de por qué algunas personas nadan bien y otras se ahogan cuando son arrojadas al río, desplazará el análisis de quién arroja a quién a la corriente, y de qué otras cosas deberían estar en el agua.

b.- Producción social de la enfermedad/economía política de la salud

Ambos marcos teóricos abordan explícitamente los determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de la enfermedad en una sociedad y entre diferentes sociedades, como las barreras estructurales a que las personas vivan de forma sana. La hipótesis subyacente es que las instituciones y decisiones económicas y políticas que crean, imponen y perpetúan los privilegios y desigualdades económicas y sociales son las raíces o causas “fundamentales” de las desigualdades sociales en el campo de la salud. Los análisis teóricos examinan la interdependencia de las manifestaciones institucionales e interpersonales de las relaciones de poder injustas.

La perspectiva de la **producción social de la enfermedad** tiene cuatro implicaciones para la acción: 1) las estrategias para mejorar la salud de la población requieren una visión de **justicia social**, respaldada por una organización activa para cambiar políticas y normas sociales y económicas injustas; 2) la ausencia de interés sobre la **equidad social**, el crecimiento económico y las intervenciones de salud pública pueden terminar agravando las desigualdades sociales en salud; 3) un marco sistemático para delinear la responsabilidad gubernamental para promover y proteger la salud; y 4) los epidemiólogos sociales deben ser actores importantes supervisando las desigualdades sociales en la salud.

A pesar de sus contribuciones para identificar los determinantes de la salud de la población, la perspectiva de la producción social de la enfermedad brinda pocos elementos para investigar qué determinan estos determinantes y no busca de forma sistemática integrar los conceptos biológicos. Por otra parte, no ofrece principios para pensar intervenciones específicas de salud pública para atacar las desigualdades sociales en salud, más allá de asegurar condiciones de vida adecuadas y reducir la desigualdad económica. Tanto las intervenciones sobre las condiciones de vida como las no económicas (aunque con costos y consecuencias económicas) importan. Se requieren para ello marcos conceptuales multi-nivel, que integren el razonamiento social y biológico y la historia.

c.- Teoría ecosocial y perspectivas dinámicas relacionadas multi-nivel

Enfocado en la pregunta “quién y qué manejan los cambiantes modelos actuales de las desigualdades sociales en salud”, el *abordaje ecosocial* abraza la perspectiva de la producción social de la enfermedad, al mismo tiempo que apunta a un rico análisis biológico y ecológico.

Estudia la evolución de las relaciones entre los organismos vivientes, la materia inanimada y la energía a través del tiempo y el espacio. Los elementos básicos de este abordaje son:

- a. **Magnitud:** se refiere a las dimensiones cuantificables de fenómenos observados en tiempo y espacio, (si se miden en nanosegundos o milenios, micras o kilómetros);
- b. **Nivel de organización:** en relación con jerarquías específicas organizadas desde el individuo a la población y al ecosistema;
- c. **Estados dinámicos:** reflejan la interacción combinada de “entradas” y “salidas” específicas animadas e inanimadas, y el reconocimiento de que los procesos operativos y los fenómenos pueden ser magnitud-dependientes (vg. los factores relevantes para la autorregulación de la temperatura del cuerpo de un organismo difieren de aquéllos involucrados en la autorregulación de la temperatura global de la tierra);
- d. **Modelos matemáticos:** empleados para entender cómo los grupos de organismos y los procesos trabajan conjuntamente.

- e. **Comprensión de fenómenos únicos en relación con procesos generales:** en el caso de poblaciones, por ejemplo, no hay dos conjuntos completamente idénticos, aunque compartan importantes rasgos y procesos en común, relevantes para entender su génesis, longevidad, y degradación o declive.

Desde una **perspectiva ecosocial**, es posible formular varias estructuras que sirvan como guía para la investigación epidemiológica. Una construcción ecológica relevante incluye los siguientes conceptos nucleares (Krieger, 2005; McLaren, 2005) [Cuadro 2.2.1.a]:

Conceptos nucleares de la teoría ecosocial

| | |
|---|---|
| 1. Incorporación | Concepto que se refiere a la manera en que literalmente incorporamos biológicamente el mundo material y social en que vivimos, desde la concepción a la muerte. Corolario: ningún aspecto de nuestra biología puede entenderse fuera del conocimiento de la historia y de los modos de vida individuales y sociales. La incorporación en epidemiología se entiende como: a) una estructura, proceso, y realidad, contingente en la existencia corporal; b) un fenómeno multinivel, integrando cuerpo, psique, y sociedad, dentro del contexto histórico y ecológico, opuesto a la consideración por separado de los genes, conductas y mentes; c) una clave de historias de vida, ocultas y reveladas; y d) la expresión de las intrincadas consecuencias de las diversas formas de desigualdad social. |
| 2. Vías de incorporación | Estructuradas simultáneamente por: (a) la organización social del poder y de la propiedad y los modelos contingentes de producción, consumo, y reproducción, y (b) las restricciones y posibilidades de nuestra biología, determinadas por la historia evolutiva de nuestra especie, nuestro contexto ecológico, y las historias individuales, es decir, las trayectorias de desarrollo biológico y social. |
| 3. Interacción acumulativa entre exposición, susceptibilidad y resistencia | Expresada en los mecanismos de incorporación, con cada factor y su distribución conceptualizados en múltiples niveles (individual, barrial, regional, nacional, inter o supra-nacional) y en múltiples dominios (por ejemplo: hogar, trabajo, escuela, otros escenarios públicos), en relación con los nichos ecológicos relevantes, y manifestada en procesos de magnitudes múltiples de tiempo y espacio. |
| 4. Responsabilidad y autoría | Expresadas en las vías de incorporación y en los conocimientos sobre ella, en relación con instituciones (gobierno, sectores público y negocios), hogares e individuos, y también las de epidemiólogos y otros científicos, por las teorías usadas para explicar las desigualdades sociales en la salud. Corolario: dada la probable existencia de explicaciones causales complementarias a diferentes escalas y niveles, los estudios epidemiológicos deberían especificar sus escalas y niveles de análisis particulares, y considerar sus beneficios y limitaciones. |
| (Krieger, 2005) | |

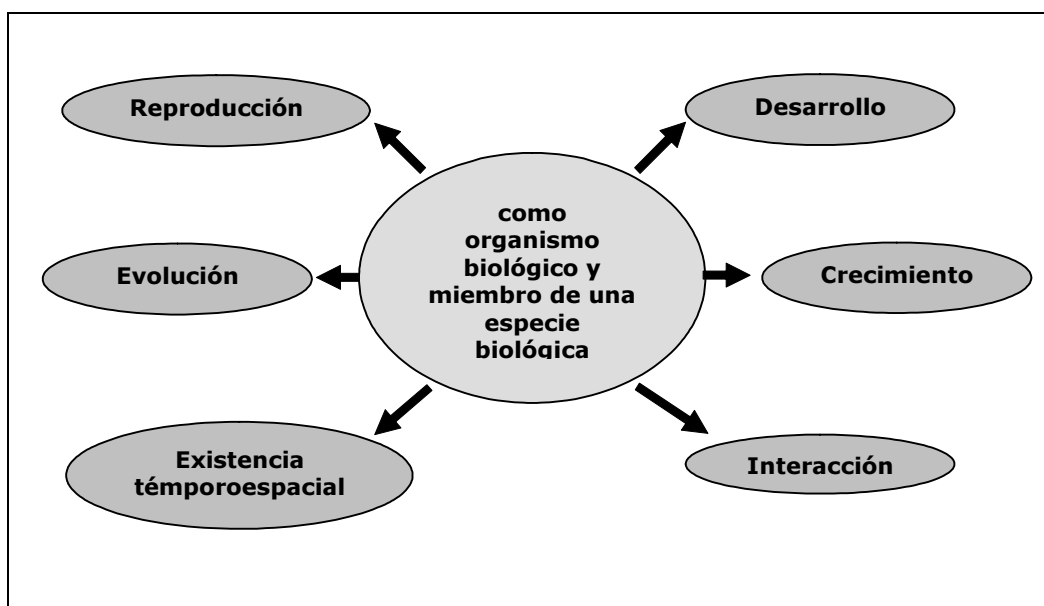
Cuadro 2.2.1.a

El concepto de “**incorporación**” o de “**expresión biológica de la desigualdad social**”, esencial para la epidemiología social, ha sido evidente en el pensamiento epidemiológico desde la aparición de la disciplina a principios del siglo XIX, aunque no siempre se haya denominado explícitamente de esta forma. Como ejemplos se pueden mencionar las expresiones biológicas de la pobreza y de diversos tipos de discriminación, como los basados en la raza/etnia, el género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. Que estas expresiones biológicas de la desigualdad social se interpreten como la expresión de características innatas o impuestas, individuales o sociales, depende en parte de las mismas desigualdades sociales que modelan la salud de la población. El concepto de “**expresión biológica de la desigualdad social**” contrasta así con las formulaciones deterministas biológicas que tratan de explicar las desigualdades sociales en el campo de la salud

a través de procesos y rasgos biológicos utilizados tautológicamente para definir la pertenencia a los grupos subordinados o dominantes (vg. el color de la piel o el sexo biológico).

Obviamente, la incorporación necesita de un cuerpo. La comprensión de las vías probables de la incorporación requiere una definición de lo que los cuerpos hacen, simultáneamente como organismos biológicos y como seres sociales. Esto incluye los siguientes aspectos (Krieger, 2005), como se expresa en los cuadros 2.2.1.b y 2.2.1.c.

Definición de aspectos seleccionados de los cuerpos como organismos biológicos

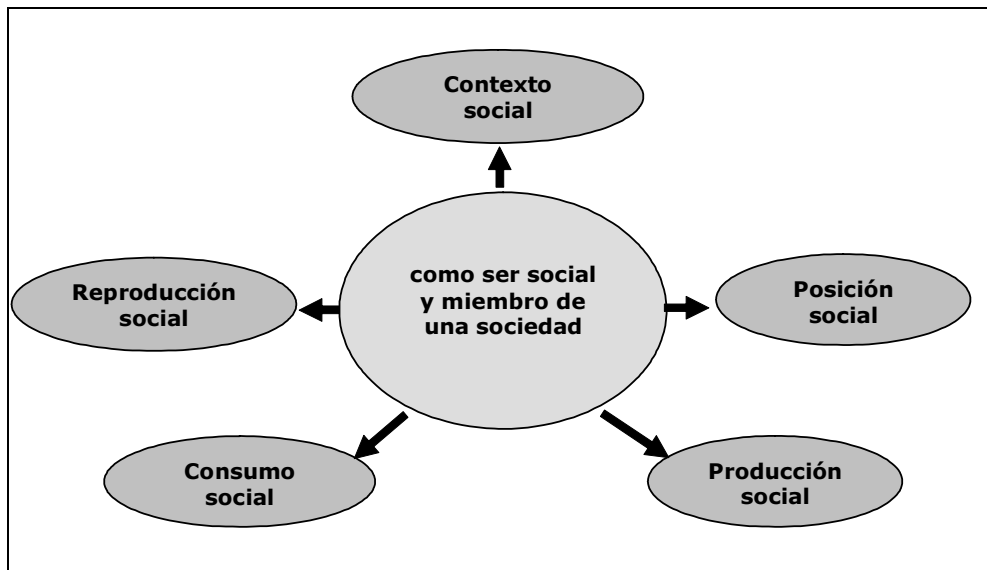


Cuadro 2.2.1.b

Como organismo biológico y miembro de una especie biológica [Cuadro 2.2.1.b]:

- **Reproducción:** la capacidad de dar lugar a la próxima generación, asexualmente (típicamente el caso de las bacterias, la forma más común de vida en la Tierra) o sexualmente (involucrando la contribución de información genética de ambos padres biológicos), aún cuando no todos los organismos se reproduzcan.
- **Desarrollo:** la historia de vida cambia dentro de un organismo, involucrando la generación de diversidad celular, diferenciación, y morfogénesis.
- **Crecimiento:** aumento en el tamaño físico; en los organismos multicelulares, por procesos que involucran regulación de división celular, adición de nuevas células (por mitosis), y desaparición de las células existentes (por apoptosis).
- **Interacción:** con otros miembros de la especie, con otros organismos en el mismo ecosistema, y con el/los ambiente/s físico/s en que el ecosistema se localiza, para satisfacer las necesidades básicas de alimento, seguridad, placer, procreación, y descanso, incluyendo evitar los estímulos nocivos, y buscando ambientes aptos para la vida.
- **Existencia en tiempo y espacio:** del nacimiento hasta la muerte, los cuerpos existen (y se mueven) en ecosistemas espacial y temporalmente delimitados, con patrones geográficos contingentes de temperatura, clima, altitud, y cambio diurno (períodos de luz y oscuridad).
- **Evolución:** dado el criterio clave de reproducción, herencia, y variación genética, la evolución involucra la emergencia de nuevos rasgos y nuevas especies, reflejando la habilitación y restricción de posibilidades a través de procesos biológicos históricamente contingentes que son «seleccionados o «filtrados» en un contexto de cambio ambiental.

Definición de aspectos seleccionados de los cuerpos como seres sociales



Cuadro 2.2.1.c

Como ser social y miembro de una sociedad [Cuadro 2.2.1.c]:

- **Contexto social:** vivir la vida en sociedad (o sociedades) de la cuál uno es miembro, de cara al período histórico, la economía, el sistema político y legal, la tecnología, los derechos, recursos, relaciones, e instituciones sociales, culturales, civiles, económicos y políticos, más la ubicación en la economía global y las instituciones globales de gobierno.
- **Posición social:** nacido en y/o llevado a, y en consecuencia, qué tipo de familia y/o vivienda, de cara a las relaciones sociales de clase, género, sexualidad, raza/etnia, y otras divisiones sociales relevantes basadas en el poder, la propiedad, y la desigualdad social.
- **Producción social:** engarzada en procesos, relaciones e instituciones socialmente delimitados, dependiente de la posición social del individuo, involucrando la producción, intercambio, distribución y consumo de bienes y servicios, y también las ideas e información, con distribución diferencial y transferencia inter-generacional de recursos típicamente reforzados por la ley.
- **Consumo social:** comprometido en procesos, relaciones e instituciones socialmente delimitados, dependiente de la posición social del individuo, involucrando la adquisición y el consumo de bienes, servicios, ideas e información requeridos para satisfacer las necesidades básicas (para la supervivencia física) y las necesidades sociales (para una vida socialmente significativa).
- **Reproducción social:** procesos socialmente delimitados que sostienen, modifican, o reemplazan estructuras, relaciones e instituciones sociales.

Con estas estructuras, podemos comenzar a elucidar modelos de salud, enfermedad y bienestar de la población como expresiones biológicas de las relaciones sociales, y ver igualmente cómo las relaciones sociales influyen nuestra comprensión básica de la biología y nuestras construcciones sociales de la enfermedad, generando nuevo conocimiento y nuevas bases para la acción.

Por ejemplo, una perspectiva ecosocial puede contribuir a desentrañar el exceso de riesgo de hipertensión entre los afro-americanos utilizando las cuatro construcciones ecosociales (Krieger, 2001). Se proponen seis vías multi-nivel discretas (aunque imbricadas), para relacionar expresiones de discriminación racial y su incorporación biológica a lo largo de la vida. Estas son:

- a. **carencia económica y social:** por ejemplo, la segregación residencial y ocupacional conduce a una deprivación económica mayor entre los afro-americanos y la probabilidad aumentada de vivir en barrios sin buenos comercios; el riesgo de hipertensión se aumenta por las dietas baratas, altas en grasas y pobres en verdura; además, la carencia económica aumenta riesgo de nacer pretérmino, dañando el desarrollo renal y aumentando la probabilidad de retención sódica crónica;
- b. **sustancias tóxicas y condiciones de riesgo:** la segregación residencial aumenta el riesgo de exposición a pinturas con plomo en las viviendas antiguas y suelos contaminados con plomo de los escapes vehiculares (debido a la mayor proximidad de las viviendas a calles o autopistas); el plomo daña la fisiología renal, aumentando el riesgo de hipertensión;
- c. **trauma socialmente infligido:** la percepción de la discriminación racial provoca miedo y encoleriza, disparando la respuesta “de lucha o de huida” ; la activación crónica de esta vía aumenta la carga alostática, llevando a la hipertensión;
- d. **marketing dirigido:** el marketing de bebidas con alto contenido alcohólico dirigido a las comunidades negras, incrementa la probabilidad del uso nocivo del alcohol para reducir sentimientos de dolor; el exceso de consumo de alcohol eleva el riesgo de hipertensión;
- e. **atención de salud inadecuada:** la pobre detección y el escaso manejo clínico entre los afro-americanos aumentan el riesgo de hipertensión no tratada y no controlada;
- f. **resistencia a la opresión racial:** los recursos individuales y de la comunidad y los movimientos sociales contra el racismo y para reforzar la dignidad, junto con la promulgación y aplicación de legislación para proscribir la discriminación racial, reducen riesgo de hipertensión entre los afro-americanos.

El abordaje ecosocial reconsidera las diferencias “raciales” en la biología (vg. función renal, presión sanguínea) como expresiones biológicas del racismo, mutables e incorporadas. Más que simplemente agregar la “biología” al análisis “social”, o los “factores sociales” al análisis “biológico”, el abordaje ecosocial promueve una aproximación integrada y sistemática capaz de generar las nuevas hipótesis, en lugar de reinterpretar factores identificados por un abordaje (vg. biológico) en términos de otro (vg. social) (Krieger, 2005).

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 reenfoque "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



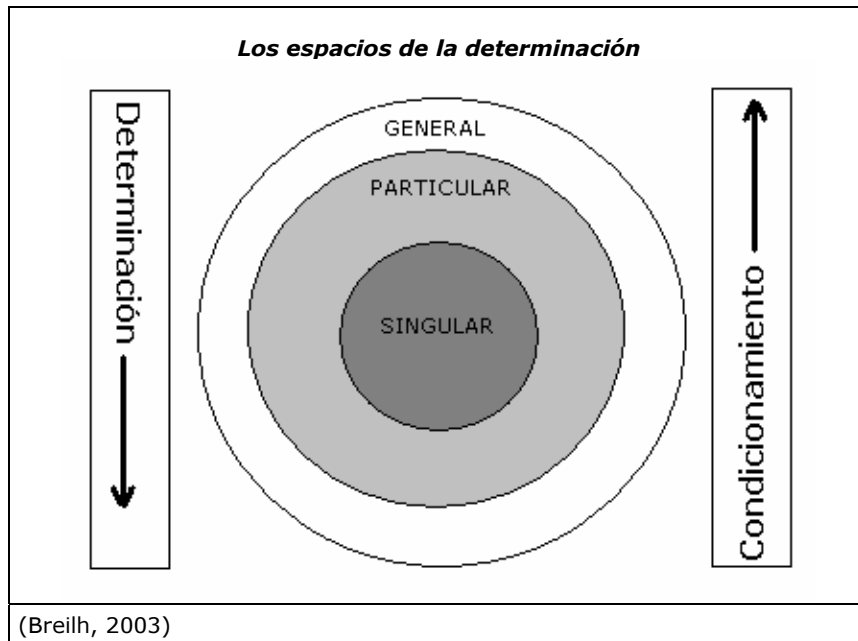
Cuadro 3.1.1

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 de 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.

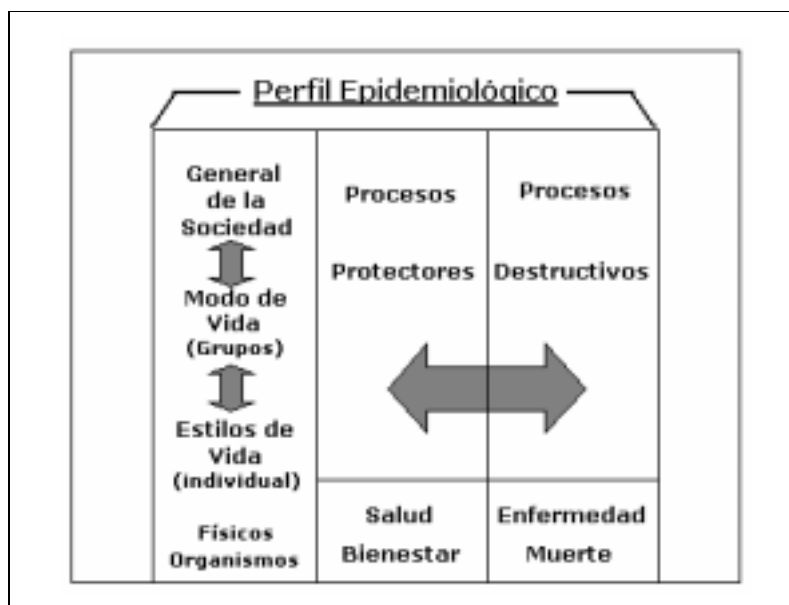
“Todo lo que hace falta para sostener la determinación en sentido general es admitir la siguiente hipótesis:

- *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 **destructoras/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 comprensivo 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

| |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. El ingreso y el estatus social2. Las redes de apoyo social3. La educación4. El empleo/las condiciones de trabajo5. Los ambientes sociales6. Los ambientes físicos7. La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse8. El desarrollo infantil saludable9. La biología y la dotación genética10. Los servicios de salud11. El género12. 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].

Determinantes 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-Condicionales 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 Health 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 for 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 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

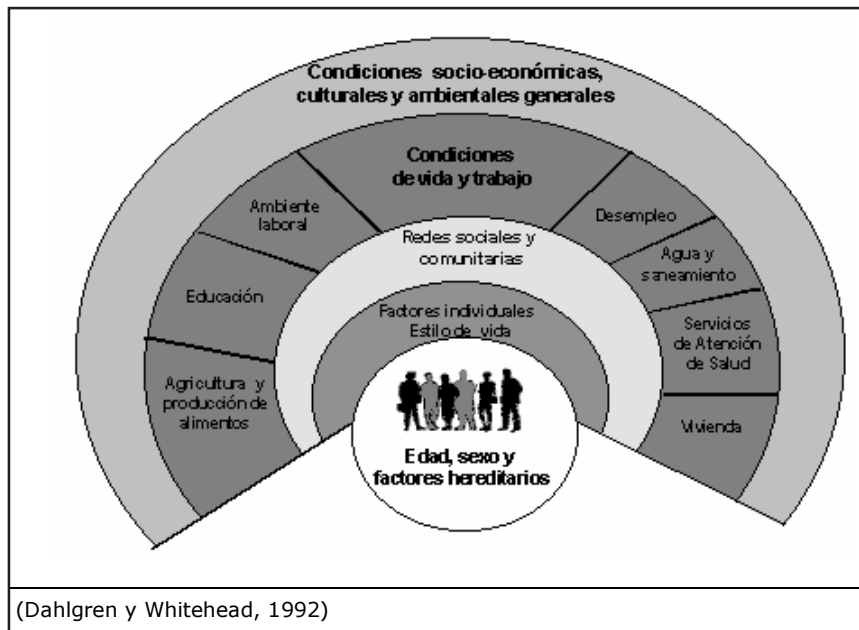
Durante los últimos 15 años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan los resultados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la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

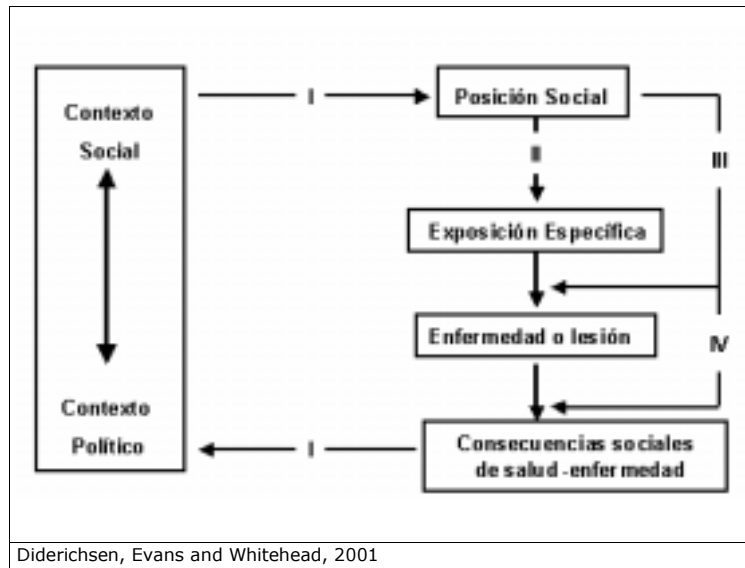


Cuadro 3.4.1

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).

Modelo de Diderichsen y colaboradores

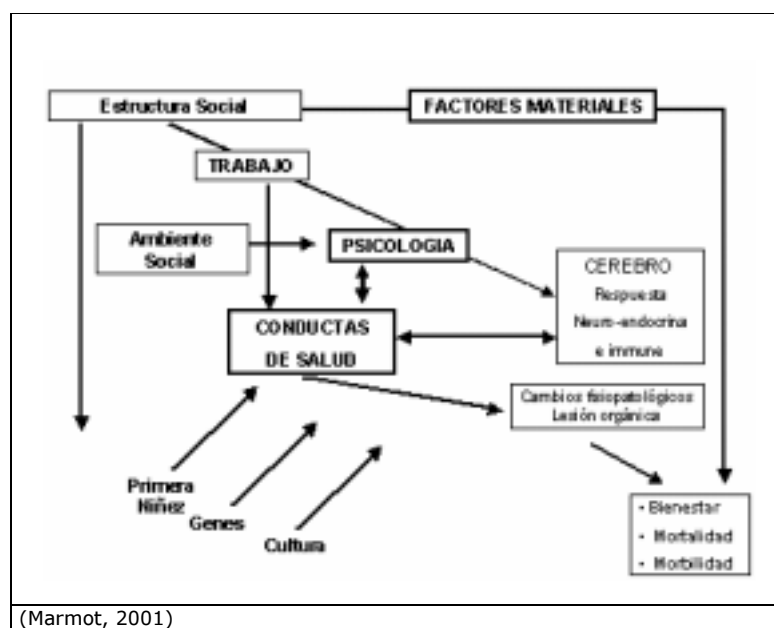


Cuadro 3.4.2

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

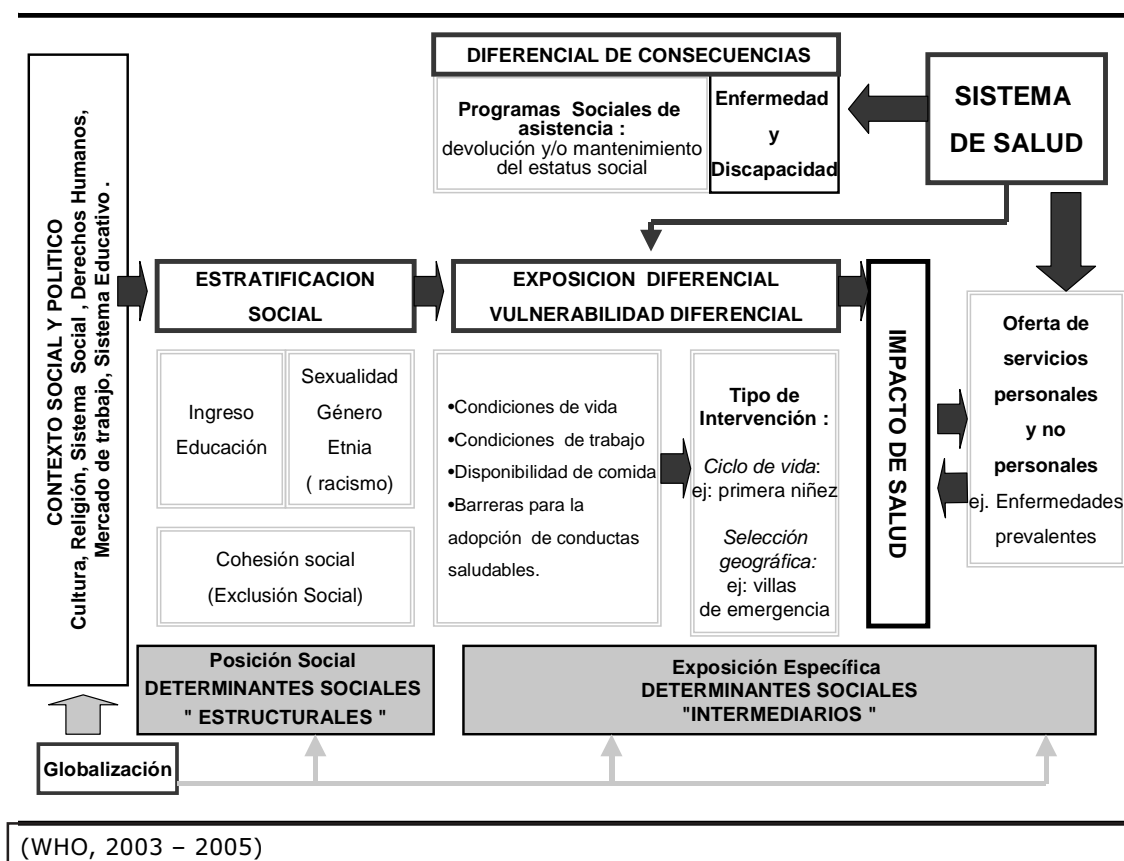


Cuadro 3.4.3

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.

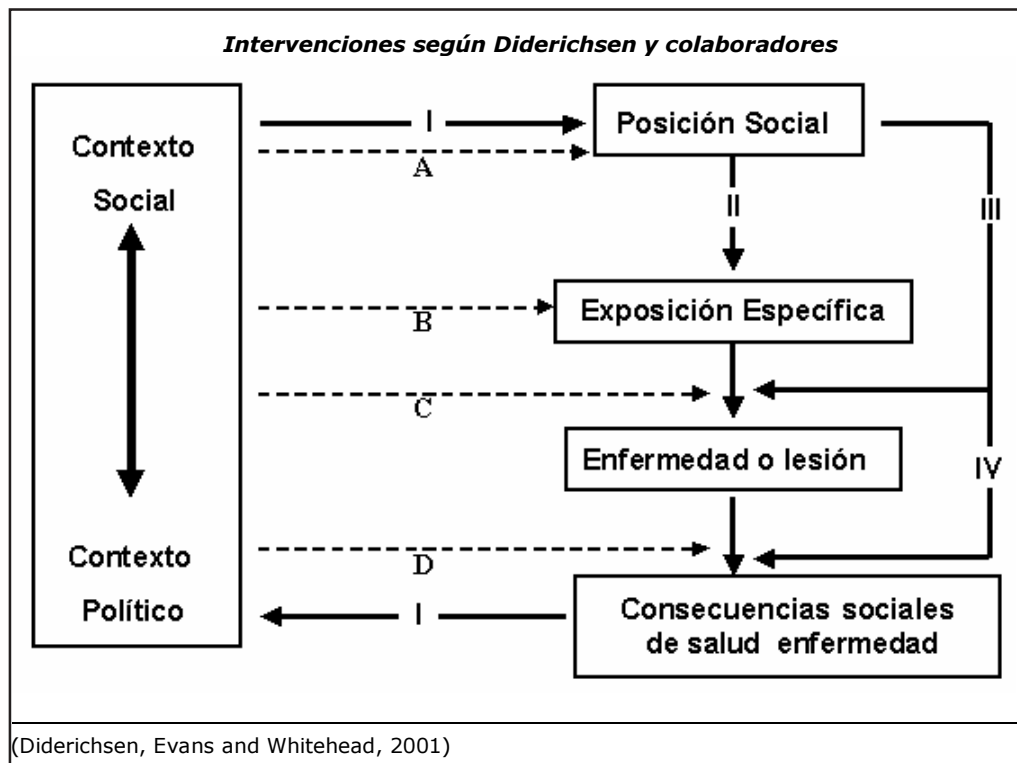
- **El primer nivel es el fortalecimiento de los individuos.** Aquí, la repuesta política apunta a apoyar a los individuos en circunstancias menos favorecidas, usando estrategias basadas en la persona. Estas políticas adoptan la premisa de que la construcción de conocimiento, motivación, competencia 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].



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 comprensión 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: Epidemiology: 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 N° 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.*