

DOS MODELOS EXPLICATIVOS PARA ENTENDER Y ATENDER LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y EN SALUD

TWO EXPLANATORY MODELS TO UNDERSTAND AND ADDRESS SOCIAL AND HEALTH INEQUALITIES

Oscar Armando Piñón Avilés ¹, Georgina Contreras Landgrave ¹

¹ Universidad Autónoma del Estado de México

Email: oscar.pinonaviles@gmail.com;

ORCID: 0000-0002-0353-5970

RESUMEN

A partir de la segunda mitad de la década del siglo XX, la Medicina Social Latinoamericana, así como la Salud Colectiva, desarrollaron la teoría de la Determinación Social en la región latinoamericana como alternativas para explicar la salud y atender las desigualdades sociales y en salud, desde una perspectiva social. Mientras que la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, creada en 2005 por la OMS para explicar y atender las desigualdades sociales y en salud, parte de la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, la cual, aunque considera factores sociales y biológicos, ambos son categorizados como factores de riesgo. Aunque ambas perspectivas buscan mitigar las desigualdades sociales en salud, difieren en la conceptualización de la salud, en las formas de explicar el proceso salud-enfermedad, así como en las propuestas de intervención.

Objetivo: Analizar los contrastes que existen entre las propuestas explicativas y de atención a las desigualdades en salud, entre la perspectiva de la Determinación Social y los Determinantes Sociales de la Salud, a partir de la producción científica entre 2000 y 2019.

Método e instrumento: Se realizó una revisión de artículos científicos publicados en los repositorios Redalyc y Scielo, entre el año 2000 y 2019. Los descriptores fueron: Medicina Social Latinoamericana (MSL), Salud Colectiva (SC), Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), desigualdades en salud, proceso salud enfermedad, y salud. De los documentos recolectados fueron seleccionados un total de 24.

Resultados: De los artículos recolectados, 15 se desarrollan en torno a la perspectiva de la Determinación Social, los cual sustentan que la salud es una expresión de una relación dialéctica de dependencia de lo biológico con respecto a los factores sociales y a su contexto histórico. Mientras que la propuesta en atención a las desigualdades sociales y en salud consisten en reorientar las estructuras políticas y económicas, que configuran formas culturales socialmente desiguales, expresadas en estilos de vida y por tanto en estados de salud diferenciados. Mientras que los 9 restantes, son desarrollados en torno a la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales explican la salud como una suma de factores biológicos y sociales. Mientras que su propuesta, para reducir las inequidades sociales en salud y la exposición a factores de riesgo, es a través de la implementación de políticas públicas intersectoriales.

Conclusiones: Explicar la salud a partir de la determinación social, cobra relevancia porque el origen de las enfermedades contemporáneas con mayor carga tienen un carácter social, y como tal es posible explicar el proceso de dicho fenómeno a partir de categorías sociales, además de su capacidad para dar cuenta del impacto que tienen las estructuras políticas y económicas en la realidad sociocultural, es decir, como elementos que producen y reproducen los estilos de vida, hábitos de consumo y prácticas sociales que determinan las desigualdades sociales y en salud.

Palabras clave: Determinación Social de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Políticas públicas en salud, desigualdades en salud.

ABSTRACT

From the second half of the 20th century, Latin American Social Medicine, as well as Collective Health, developed the theory of Social Determination in the Latin American region as alternatives to explain health and address social inequalities and in health, from a social perspective. While the Commission on Social Determinants of Health, created in 2005 by the WHO to explain and address social and health inequalities, starts from the theory of Social Determinants of Health, which, although it considers social and biological factors, both are categorized as risk factors. Although both perspectives seek to mitigate social inequalities in health, they differ in the conceptualization of health, in the ways of explaining the health-disease process, as well as in the proposals for intervention.

Objective: To analyze the contrasts that exist between the explanatory and attention proposals to health inequalities, between the perspective of Social Determination and the Social Determinants of Health, based on the scientific production between 2000 and 2019.

Method and instrument: A review of scientific articles published in the Redalyc and Scielo repositories between 2000 and 2019 was carried out. The descriptors were: Latin American Social Medicine (MSL), Collective Health (SC), Commission on Social Determinants of Health (CDSS), health inequalities, disease health process, and health. A total of 24 were selected from the collected documents.

Results: Of the articles collected, 15 are developed around the perspective of Social Determination, which sustain that health is an expression of a dialectical relationship of dependence on the biological with respect to social factors and their historical context. While the proposal in attention to social and health inequalities consists of reorienting the political and economic structures, which configure socially unequal cultural forms, expressed in lifestyles and therefore in different states of health. While the remaining 9 are developed around the perspective of the Social Determinants of Health, which explain health as a sum of biological and social factors. While his proposal, to reduce social inequities in health and exposure to risk factors, is through the implementation of intersectoral public policies.

Conclusions: Explaining health from social determination becomes relevant because the origin of contemporary diseases with the greatest burden have a social character, and as such it is possible to explain the process of said phenomenon from social categories, in addition to its capacity to account for the impact that political and economic structures have on sociocultural reality, that is, as elements that produce and reproduce lifestyles, consumption habits and social practices that determine social and health inequalities.

Key words: Social Health Determination, Social Health Determinants, Public health policies, health inequalities.

Fecha de envío: 1 de mayo del 2020

Fecha de aprobación: 10 de agosto del 2020

INTRODUCCIÓN

A partir de la segunda mitad de la década del siglo XX, la Medicina Social Latinoamericana, así como la Salud Colectiva, desarrollaron la teoría de la Determinación Social en la región latinoamericana como alternativas para explicar la salud y atender las desigualdades sociales y en salud, desde una perspectiva social (Morales, 2013). Mientras que la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, creada en 2005 por la OMS para explicar y atender las desigualdades sociales y en salud, parte de la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, la cual, aunque considera factores sociales y biológicos, ambos son categorizados como factores de riesgo. Aunque ambas perspectivas buscan mitigar las desigualdades sociales en salud, difieren en la conceptualización de la salud, en las formas de explicar el proceso salud-enfermedad, así como en las propuestas de intervención.

La producción científica sobre políticas sanitarias en el siglo XXI, desarrolladas en Latinoamérica, parten de tres concepciones, desde la Medicina Social Latinoamericana y desde la Salud Colectiva, dichas posturas abordan el estudio de la salud y sus procesos a partir del enfoque de las ciencias sociales a través del estudio de la Determinación Social, mientras que la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud parte de un enfoque biomédico, a través del estudio de los Determinantes Sociales; postura que tradicionalmente ha tenido una importante influencia en el ejercicio de la Salud Pública y en la formulación de políticas sanitarias a nivel mundial.

A partir de este contexto, se busca analizar los contrastes existentes entre la perspectiva de la Determinación Social y los Determinantes Sociales de la Salud, con base en la producción científica entre 2000 y 2019.

De acuerdo con ello, se analizan los modelos teóricos y sus respectivas propuestas explicativas, sobre la concepción de la salud y la génesis de su desigualdad en la sociedad, así como las categorías de análisis utilizadas. Por otro lado, se analizan los

modelos de atención y prevención de las desigualdades en salud.

METODOLOGÍA

Los documentos recolectados dan cuenta del desarrollo de los contrastes teóricos entre la postura de la Determinación Social de la Salud y Determinantes sociales de la Salud que aquí consideradas y es llevada a cabo a partir una revisión de publicaciones realizada entre el año 2000 a 2019 en los repositorios Redalyc y Scielo como únicas fuentes de recolección. Las palabras clave de búsqueda fueron; Determinación Social de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Política pública en salud, desigualdades en salud. De los registros de ambos repositorios se seleccionaron aquellos artículos que informasen sobre los aspectos de interés para su análisis, de los cuales resultaron un total de 24 artículos (Figura1).

FIGURA 1. ARTÍCULOS RECOLECTADOS					
AUTOR		AÑO	PAÍS	ENFOQUE	
				DS*	CDSS**
1	Murray, Gakidou y Frenk	2000	OMS		X
2	Brachet	2003	México	X	.
3	Bleda	2005	España		X.
4	Vergara	2007	Colombia	X	.
5	Bartra	2008	México	X	.
6	Alvares	2009	Colombia		X
7	Breilh	2010	Brasil	X	.
8	Breilh	2010	Argentina	X	.
9	Laurell	2011	México	X	.
10	Contreras	2011	Colombia	X	.
11	Muntaner, Rocha, Borrell, Vallebuona, Ibáñez,	2012	CANADÁ	.	X
12	Caballero, Moreno, Sosa, Mitchell y Vega	2012	N/A		X
13	Morales-Borrero, Borde, Eslava-Castañeda	2013	Colombia	X	.
14	Breilh	2013	Ecuador	X	.
15	Salgado	2014	México	.	X
16	Laurell	2014	Brasil	X	.
17	Heredia, Laurell, Feo, Noronha, González	2015	Estados Unidos	X	.
18	Dávila	2015	México	.	X
19	Cardona	2016	Colombia		X
20	Laurell	2016	Cuba	X	.
21	Eslava-Castañeda	2017	Colombia	X	.
22	Idrovo	2017	Colombia		X
23	Casallas	2017	Colombia	X	.
24	Tobar	2019	Argentina	X	.
TOTAL				15	9
				24	
Fuente: Elaboración propia					
Determinación social*					
Comisión de Determinantes Sociales de la Salud**					

RESULTADOS

La producción científica seleccionada, considera aspectos, históricos, reflexivos y de investigación. De ellos, 15 se desarrollan desde la perspectiva de la determinación social (Medicina social latinoamericana y salud colectiva) y 9 desde la perspectiva de los determinantes sociales (Comisión de los determinantes sociales de la salud). En ellas se privilegian criterios que ilustren el análisis del fenómeno de la salud, el proceso salud-enfermedad, y las propuestas para transformar dicho fenómeno. De acuerdo con ello, se presentan a continuación dos posturas epistemológicas: una en la que predominan los factores sociales como agentes que engendran el fenómeno de la

salud y otra, en la que tanto factores biológicos y sociales (factores de riesgo) determina el fenómeno de la salud.

Por su parte, la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, a través de la determinación social, desarrollan su estudio de la salud en íntima relación con las contradicciones que se dan en el contexto político, económico y cultural intrínseco en la salud, desde una perspectiva marxista. Mientras que la Comisión de determinantes sociales de la salud, a través del estudio de los determinantes sociales, dirigen su atención al “diseño e implementación de políticas basadas en la acción intersectorial, la participación social y el empoderamiento social” (Cardona,2016:187), desde una perspectiva funcionalista.

APROXIMACIONES HISTÓRICAS

Un recorrido hecho por Vergara (2007) ilustra la marcha histórica que se ha tenido sobre la concepción de la salud, partiendo desde la perspectiva tradicional del proceso salud enfermedad, basada en la superstición, que logró trascender a concepciones propiamente biológicas, explicadas gradualmente en función de los avances tecnológicos hasta construir explicaciones más complejas y reflexivas, como fue la concepción de la salud a partir de la relación entre hospedero, huésped y ambiente; el modelo clásico, sustituido más tarde por el modelo moderno, que explica la enfermedad con relación a lo social, pero a partir de un causalismo biomédico, el cual a su vez es superado finalmente por el modelo posmoderno, el cual se plantea la explicación del proceso salud enfermedad desde una perspectiva histórica, en donde las relaciones sociales definen lo biológico.

De igual forma, el estudio de Bleda (2005) subraya la importancia del análisis de la salud desde una mirada sociológica, a partir de la cual sostiene que la salud no depende solo de recursos sanitarios, sino también de la desigualdad social como origen de la enfermedad, ya sea en términos de género, de raza, de geografía o de clase social, a través de los modos de producción capitalista, de las construcciones simbólicas de dominación por las autoridades médicas, o a través de la propia medicina como herramienta de regulación y manipulación social.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el marco de la Organización Mundial de la Salud, la salud es concebida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2019), y de acuerdo con un artículo de Cardona (2016), la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, es quien desarrolla el estudio de la salud a partir de los Determinantes Sociales. Dicho estudio está “fundamentado en un modelo positivista que deriva en los modelos causales relacionados con los factores de riesgo” (p.189), al cual se suman los determinantes sociales en forma

de factores de riesgo adicionales. De esta manera, tanto elementos biológicos como sociales son los generadores de la desigualdad económica y de salud. Así, su estudio de la salud parte del análisis de dos categorías básicas; los Determinantes Estructurales, compuestos por las políticas públicas, posición social, ocupación, educación, ingresos, sexo y etnia. Por otro lado, los Determinantes Intermedios consideran la exposición a vulnerabilidades y/o factores de riesgo, entre los cuales se encuentran las circunstancias materiales, condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de comida y factores biológicos y conductuales. A partir de ello, se implementan políticas intersectoriales y se fomenta la participación social, con el fin de reducir la exposición a dichos factores de riesgo. Es decir, “se busca subsanar las desigualdades sanitarias, las cuales son determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” (p.188).

Otra aportación de Murray (2000), que coincide con la perspectiva metodológica de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, enfoca su análisis en el estudio de las desigualdades en salud y diferencias de salud, en los grupos sociales y entre grupos sociales, ya que señala que son igual de importantes a la hora de medir, y que no son sinónimos, ya que las desigualdades en salud se refieren a “las medidas combinadas de las diferencias de salud entre los individuos de una población” (p.10). Mientras que la medición de las diferencias en salud “esclarecen las vías causales que enlazan los determinantes económicos distales y la salud” (p. 14).

Otra investigación realizada por Caballero (2012) consistió en un análisis de los Determinantes Sociales, conceptualizados como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (p.2). La autora señala que dichos modelos “explican los vínculos entre los diferentes tipos de DS y permiten identificar los puntos estratégicos en los que deben actuar las políticas” (p.1), no obstante, concluye que “cada país tiene una caracterización muy particular, dependiendo del sistema social que se vive, de la ideología que impera y de la cultura dominante” (p.8), además de señalar que “las

políticas sociales y económicas que existen, en y entre los países influyen en el estado de salud de la población y determinan la desigualdad de las condiciones de vida” (p.8).

Análogamente, otro estudio efectuado en Colombia por Idrovo en (2017), cuestiona la subjetividad de las técnicas metodológicas cualitativas, privilegiando, las virtudes del enfoque cuantitativo a la hora de investigar por su habilidad para “identificar factores de riesgo y determinantes que pueden o no actuar en contextos específicos” (p.407) a través de sistemas estadísticos.

Así mismo, una investigación más, realizada por Dávila (2015), entorno al sobrepeso y la obesidad en México, identificó que son diversos los determinantes sociales que fomentan tal condición, entre ellos, señaló que se encuentra “la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social” (p.244). Sin embargo, de una estrategia de 10 objetivos implementada por el gobierno para atender el fenómeno, seis “dependen principalmente de la voluntad individual y de la existencia de condiciones (...) Los otros cuatro objetivos requieren de una decidida participación del gobierno” (p.246 - 247).

Finalmente, la investigación realizada por Salgado (2014), ilustra la escasez de recursos que destinó México al financiamiento en investigación sobre los Determinantes Sociales, entre el año 2005 y 2012, ya que solo el 29% de la producción científica ha recibido financiamiento nacional (p.398). No obstante, en el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2012, señala el autor, “se reconocen los DSS prioritarios para el país y se describen los grupos vulnerables que ven más afectada su salud como consecuencia de las desigualdades exacerbadas por la globalización” (p.395). Sin embargo, al definir las estrategias, “los DSS se pierden de vista como prioridades en investigación y acción enfatizándose, en su lugar, los aspectos financieros y de infraestructura, y administrativos del sector salud” (p.395).

Por su parte el análisis efectuado por Álvarez (2009), cuestiona el carácter remedial que tienen los objetivos de los determinante sociales y económicos de la

salud, ya que lo que precisan es “una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud” (Álvarez, 2009:72), cuando lo realmente transformador es dirigir su atención a “aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de (...) los factores protectores de la salud” (Álvarez, 2009:72).

Por otro lado, desde una perspectiva metodológica en torno a los Determinantes Sociales, Muntaner (2012) en su análisis sobre la producción científica en Latinoamérica, acerca del estudio de salud asociado a la clase social, revela que es relativamente escasa con relación a estudios realizados en Europa y Estados Unidos, sobre todo “al considerar los altos niveles de desigualdad existentes en los países de América Latina” (p.168), además de que algunos estudios “emplean indicadores socioeconómicos basados en variables como la escolaridad del jefe de familia, el número de habitaciones de la vivienda y la disponibilidad de bienes de consumo” (p.168) para describir la clase social, lo cual es una equivocación y comprometen su objetividad. En consecuencia, propone “utilizar criterios de medida fundamentados teóricamente en los mecanismos generadores de desigualdades” (p.169).

DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

La Determinación social, fundamentada en la epidemiología crítica y ejercida a través de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, sostiene que la salud es “una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social” (Morales, 2013:800). Al respecto, Casallas (2017) agrega que la salud debe ser concebida desde “un proceso histórico, dialéctico, complejo y multidimensional que abarca la producción de condiciones de salud y de vida, (...) sometido a su vez a las relaciones productivas y sociales de un sistema de

acumulación de poder y cultura” (Casallas, 2017:404).

De manera paralela, Eslava (2017) señala que “para entender las condiciones de salud de las poblaciones es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas” (p.398). De esta manera, la Determinación Social puede ser ubicada “como central el asunto de la historicidad de los procesos y el modo de devenir de los fenómenos” (p.399).

Por otro lado, Morales (2013) considera que, en el estudio de la Determinación Social de la salud, es necesario considerar:

“las relaciones de poder y (...) las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia” (p.800)

Con base a ello, la idea del proceso salud-enfermedad es estudiado a partir de las categorías: “Determinación Social, Reproducción Social y Metabolismo Sociedad-naturaleza” (Breilh, 2013:13), en las cuales se sustenta que la distribución desigual de las formas de Determinación Sociales es lo que produce las desigualdades en salud, y esta situación es producida y reproducida a partir del funcionamiento estructural (político y económico) de la sociedad, y expresado en el desarrollo sociohistórico de la salud y la vida en general. Así entonces, la dialéctica de la Determinación Social se observa en tres dimensiones: la dimensión general, que permite que se den las condiciones para producir y reproducir la vida en la dimensión particular, las cuales son expresadas en la dimensión singular, a través de los estilos de vida. Sin embargo, de manera inversa, también los desórdenes en salud y en estilos de vida tienen implicaciones en la dimensión particular y en la general. De manera a más amplia, Breilh (2010^a) desarrolla esta idea:

Desde la perspectiva epidemiológica, el dominio de lo general (G) corresponde a la determinación del sistema de acumulación, la lógica matriz del sistema de producción, las políticas y expresiones del Estado y los procesos generales de la cultura y condicionantes epistémicos. El dominio de lo particular (P) es el que corresponde a las condiciones estructuradas de los modos de vida de los grupos constitutivos, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones característicos de vulnerabilidad grupal a dichos procesos nocivos. Y el dominio singular (S) expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y de sus rasgos fenotípicos y genotípicos (p.109).

Otra contribución realizada por Contreras en (2011), señala las influencias de “organismos internacionales como el Banco Mundial, que apoyándose en el modelo del Reino Unido ha obligado a los gobiernos a realizar” (p.13) las reformas en salud en la región latinoamericana, lo cual ha representado una transgresión al derecho a la salud. Al respecto, la implementación del Seguro Popular, específicamente en México, como política pública en salud, se tradujo en la reducción de la atención médica a un pequeño paquete de servicios básicos, cediendo la atención especializada a los privados, “es decir, el Estado solamente interviene con el objeto de garantizar un mínimo de acciones para aliviar los efectos que reproduce el modelo económico” (p.17).

Así mismo, Laurell en (2011) en un estudio paralelo, señala que las reformas a la salud que concluyeron con la implementación el Seguro Popular, como política de cobertura universal en salud, han representado en términos de salud, la eliminación de la responsabilidad del Estado en cuanto a “regulación, administración del financiamiento y la prestación de servicios que significa la mercantilización y abre a la privatización” (p.2797).

Otros elementos considerados por Laurell (2014) como por Brachet (2003), son las estrategias encaminadas a reconciliar la incompatibilidad entre el bienestar social y la

acumulación del capital, a través de estratégicos ajustes gubernamentales:

“Primero se restringen los recursos de las instituciones públicas como parte del ajuste fiscal, lo que lleva a su desfinanciamiento y deterioro (...) La segunda etapa, se justifica ideológicamente por el deterioro de lo público. Su premisa, nunca comprobada, es que la competencia de mercado en salud mejoraría la calidad de los servicios y la eficiencia” (Laurell, 2014:855).

Posteriormente, un análisis de Heredia (2015) da cuenta de que los modelos de Cobertura Universal en Salud implementado en América Latina, bajo administraciones y financiamiento privado, no han funcionado porque sus principios de mercado acentúan la desigualdad de acceso a los servicios de salud necesarios, por lo cual “aboga por el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción alguna, con el Estado como garante del financiamiento y la administración” (Heredia, 2015:16).

Desde un escenario rural, Bartra (2008) ilustra el surgimiento de la agroindustria entorno al proyecto neoliberal adoptado por los gobiernos, y la manera en la que ha vulnerado la vida, no solo en términos alimentarios, sino sociales, económicos y ecológicos, en forma de dependencia alimentaria, desempleo y migración, así como la degradación de los recursos naturales. Además, a partir de sus graduales crisis como negocio, se han encarecido los alimentos en función de su escasez, aunada a un campo abandonado que no podría resolver la demanda alimentaria y una creciente erosión social.

Así mismo, otro estudio realizado por Breilh (Argentina 2010), señala que las implicaciones del neoliberalismo en la salud se han dado también en torno a la pérdida de sustentabilidad de los espacios, a causa de las formas de producción capitalista, que no solo produce mercancías, sino también espacios y modos de vivir malsanos, que no solo se reducen al arbitrio del sistema de salud, sino a la contaminación, y a la pérdida de la complejidad y dinamismo de los espacios. De esta manera, el espacio, más

allá de un punto de referencia, es una construcción social, y está socialmente determinado, además de mantener una histórica relación dialéctica de mutualismo con la sociedad que lo habita.

Finalmente, un análisis de Laurell (2016) sobre el impacto social del proyecto neoliberal, enfatiza que es inviable su adopción como respuesta para el progreso social, económico y político en Latinoamérica, ya que, por su naturaleza de mercado, tiende a incrementar cualquier desequilibrio que se intente corregir, especialmente la seguridad social, los derechos humanos, estilos de vida, y cualquier fuente de bienestar asociado a la salud. De acuerdo con ello, Tobar (2019) coincide y agrega que la gradual desaparición de la salud en la agenda de las políticas públicas se debe a la hegemonía de la concepción biomédica, a la denominada Nueva Gestión Pública tendiente a la mercantilización de la salud y a la concepción tecnocrática del sistema legislativo.

DISCUSIÓN

La Epidemiología es la base de las políticas públicas en salud. De acuerdo con ello, La Epidemiología Social es el fundamento de los Determinantes Sociales y se implementa a través de la Salud Pública. Mientras que la Epidemiología Crítica fundamenta la concepción de la Determinación Social, y es ejercida por la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2019). Su estudio es desarrollado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud creada en 2005, a través el modelo teórico de los Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como “las circunstancias en que las personas, nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen” (Caballero, 2012:2). De acuerdo con Cardona (2016), el análisis de los Determinantes es desarrollado en torno a 2 componentes básicos: los “Determinantes Estructurales, compuestos por las “políticas públicas, posición social, ocupación,

educación, ingresos, sexo y etnia” (p.187). Por otro lado, como segundo componente se tiene a los Determinantes Intermedios expresados como la exposición a vulnerabilidades y/o factores de riesgo, como son las “circunstancias materiales, condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de comida y factores biológicos y conductuales” (p.187).

Por otro lado, tanto diferencias como desigualdades en salud son importantes al momento de analizar y medir, ya sea en, y entre los grupos sociales (Murray, 2000), además de considerar la posibilidad de ser diferentes los determinantes sociales que fomentan el deterioro de la salud (Caballero, 2012; Dávila, 2015). No obstante, sin negar las virtudes cualitativas (Idrovo 2017), el desarrollo del conocimiento en materia de salud ha tenido importantes aportaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales, ya sea en torno a enfermedades infecciosas o no (Vergara, 2007; Bleda. 2005).

Finalmente, el estudio de la salud desde la perspectiva de los Determinantes sociales ha sido escasamente financiado y mal utilizado por el gobierno mexicano (Salgado, 2012) con el fin de reducir las brechas en torno a las desigualdades en salud. De hecho, a nivel Latinoamericano, no solo es escasa la investigación científica en salud que considera el aspecto de la clase social, sino que una parte de las investigaciones carecen de fundamento teórico (Muntaner 2012). Aunque en sí, los mismos alcances que plantea el modelo de los Determinantes Sociales difieren de sus estrategias, pues el alcance de su intervención es solo remedial sobre las causas últimas de los problemas de salud, generados principalmente por las estructuras políticas y económicas (Álvarez, 2009, Cardona, 2016; Caballero, 2012; Dávila 2015).

DETERMINACIÓN SOCIAL

Tanto Eslava (2017) como Casallas (2017) ofrecen aproximaciones conceptuales de la determinación social y la salud, las cuales conviven con la concepción que ilustra Morales (2013). Dicha concepción señala que la determinación social como categoría explicativa enfoca su atención en:

“las relaciones de poder y (...) las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia” (p.800).

Mientras que la salud es considerada como “una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social” (Morales, 2013:800).

La producción científica señala que el análisis como las categorías utilizadas para el estudio de la salud, desde la perspectiva de la Determinación Social, están fundamentadas en una relación dialéctica, desde la perspectiva marxista (Eslava 2017; Breilh 2013), ya que dicha relación se da en dos aspectos, entre los procesos biológicos y sociales, y por otro lado entre los niveles de Determinación Social, que parten de lo general a lo particular y a lo singular, pero su efecto se ve expresado desde lo singular, a lo particular y más tarde a lo general (Breilh, 2010^a).

De acuerdo con ello, el carácter explicativo de la Determinación Social ilustra cómo la política ha engendrado procesos generales tendientes a producir y reproducir vulnerabilidades de forma Regional (lo particular) y observarse en el aspecto local (lo singular), mermando importantes fuentes de bienestar social y vulnerando derechos como el acceso a la salud de manera igualitaria y equitativa, a través de las reformas sanitarias (Brachet, 2003; Contreras, 2011; Laurell, 2011; Laurel, 2014; Heredia, 2015).

Por otro lado, la determinación social, al analizar las construcciones sociohistóricas entorno al proceso salud enfermedad, no solo incluyen la salud humana, sino la vida en general, es decir, la producción social de los espacios, los ecosistemas y recursos naturales, los cuales innegablemente

mantiene una relación mutualista con todos aquellos que le habitan y se sirven de ellos (Bartra 2008; Breilh, 2010).

Finalmente, la producción científica reconoce que la restauración de bienestar social y en salud en América Latina, solo tendrá lugar al revertir la lógica predominantemente neoliberal del proyecto gemelo que se da entre las estructuras políticas y económicas, incluyendo las influencias supranacionales, además de romper con el carácter remedial de la perspectiva Biomédica (Contreras, 2011; Laurell 2016; Tobar, 2019).

CONCLUSIONES

Con base a la producción científica, se concluye que el modelo teórico de los Determinantes Sociales concibe la salud de manera integral (física y psíquica), más allá de la ausencia de afecciones, sin embargo, su estrategia para atender la desigualdad en salud, previamente focalizada, es un tipo de prevención que depende principalmente de la voluntad individual, sin considerar la existencia de condiciones o posibilidades para poder llevar a cabo el auto cuidado, y en una menor medida, la intervención del gobierno se reduce a medidas remediales y de corte asistencial. Por otro lado, no existe una crítica a las estructuras políticas y económicas, responsables de la desigualdad de acceso a los servicios de salud y en materia de distribución de otros Determinantes Sociales (intermedios), como son las circunstancias materiales (condiciones de vida, trabajo y disponibilidad de comida) y aspectos conductuales que derivan de ellos.

Con respecto al modelo teórico de la Determinación Social, la salud es concebida como una construcción sociohistórica de las condiciones de vida de la sociedad, la cual tiene implicaciones sobre los procesos biológicos y por tanto sobre la salud. De acuerdo con ello, las medidas que proponen para atender la desigualdad en salud radican en concebir el acceso a los servicio de salud como un derecho universal, sin importar la condición económica, pero con la salvedad de una implementación preventiva en salud que parta de la inversión de las estructuras políticas y económicas, que determinan las desigualdades sociales y materiales, y que

condicionan los modos de vida diferenciados, a partir de los cuales se explica las desigualdades en salud.

Con todo lo anterior, se reconoce que los modelos teóricos no solo contrastan desde una perspectiva epidemiológica, sino que conviven con posturas políticas y económicas irreconciliables.

Todo indica que el paradigma de las políticas públicas enfocadas a la salud, al margen del neoliberalismo resultan ineficientes para lograr un control y prevención de la salud, a la altura de las necesidades que hoy se presentan. Para ello es vital, reorientar la política económica hacia un modelo compatible con el interés común, fuera de una lógica mercantil, con el fin de distribuir los recursos de forma más equitativa e implementar políticas capaces de reducir las brechas socioeconómicas y culturales, así como garantizar el derecho a la salud. Es indispensable que el Estado retome su participación activa en la regulación laboral y de mercado con el fin de fomentar prácticas económicas y hábitos de consumo sanos en la sociedad.

REFERENCIAS

- Álvarez, S. (2009). The social determinants of health: Beyond the risk factors perspective. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272009000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Bartra, A. (2008). Fin de fiesta: El fantasma del hambre recorre el mundo. *Nueva Época*, 21(57), 15-31.
https://www.researchgate.net/publication/40999167_Fin_de_fiesta_El_fantasma_del_hambre_recorre_el_mundo
- Bleda, J. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Barataria*, (7), 149 - 160.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322127617008>
- Brachet, V. (2003). Reseña de " Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas" de Cristina Laurell. *Estudios Sociológicos*, XXI (3), 747-752.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59806310>

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6(1), 83-101.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Breilh, J. (2010^a). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 87 - 125. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3412>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-86X2013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Caballero, E., Gelis, M., Cruz, S., Figueroa, M., Hernández, V., y Pérez, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista de Información científica para la Dirección en Salud*, 0(15), 1-9. <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/344>

Cardona, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina*, 16(1), 183 - 191. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273846452019/html/index.html>

Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>

Contreras, G., Tetelboin, C. (2011). El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el Estado de México. *Revista y Política de Salud*, 10 (21), 10-32. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a02.pdf>

Dávila, J., González, J., Barrera, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista*

Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 53(2), 240-249. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/21/54

Eslava, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 396-403. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000300396

Heredia, N., Noronha, J., Laurell, A. C., González, R., Torres, M., Feo, O. (2015). El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? *MEDICC*, 17(S1), 16-18. http://www.medicc.org/mediccreview/articulos/mr_442_es.pdf

Idrovo, J. (2017). Determinación social del proceso salud enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 404-408. Recuperado 24 de septiembre de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00404.pdf>

Laurell, A. C. (2011). Los seguros de salud mexicanos: Cobertura universal incierta. *Saúde Coletiva*, 16(6), 2795-2806. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/18.pdf

Laurell, A. C. (2014). Contradicciones en salud: Sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em Debate*, 38(103), 853-871. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0853.pdf>

Laurell, A. C. (2016). Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina. *Revista Cubana Salud Pública*. 42 (no.3), 489-502. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n3/spu17316.pdf>

Morales, C., Borde, E., Eslava, J. C. y Concha, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 810-813.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642013000600001&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Muntaner, C., Rocha, K. B., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J. y Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(2), 166-175.

<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n2/166-175/>

Murray, C. J. L., Gakidou, E. E. y Frenk, J. (2000). Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿Qué debemos medir? *Revista Internacional de Salud Pública*, (2), 10-15.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/57578>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Constitución. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución.

<https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

Salgado, N., & Guerra, G. (2014). Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Pública de México*, 56(4), 393 - 401.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342014000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Tobar, F., & Molina, C. (2018). ¿Qué significa Neoliberalismo en salud? *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 12(12), 65-73.

<http://www.redalyc.org/jatsRepo/5535/553557482007/index.html>

Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>