

Las teorías por detrás de los enfoques sobre desigualdades e inequidades en salud.

Leila Passerino y Cecilia Palermo.

Cita:

Leila Passerino y Cecilia Palermo (2019). *Las teorías por detrás de los enfoques sobre desigualdades e inequidades en salud. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/197>

XIII Jornadas de Sociología
Las cuestiones de la Sociología y la Sociología en cuestión

Título de la ponencia: Las teorías por detrás de los enfoques sobre desigualdades e inequidades en salud

Nombre y Apellido Autor/es: Leila Martina Passerino; Cecilia Palermo; Natalia Luxardo; Candela Heredia; Eugenia Brage

Eje Temático: Eje 3: Estructura Social, Demografía, Población

Nombre de mesa: Mesa 45: Desigualdades sociales en salud

Instituciones de pertenencia: IIGG-FCS-UBA / CONICET

E-mail: leilapasse@hotmail.com; cecipalermo@gmail.com; natalialuxardo@conicet.gov.ar; cande_rohe@hotmail.com; eugebrage@gmail.com

Resumen o Abstract

Incluir los enfoques teóricos que están por detrás de las categorías utilizadas en Salud Pública para dar cuenta de la desigual distribución de la salud y la enfermedad entre poblaciones es clave, ya que de otra manera las implicancias semánticas de estos conceptos operan de manera tácita. Reconocer estas teorías permite identificar tipos de indicadores necesarios para monitorear tales desigualdades, cómo se relacionan, qué priorizan, qué dejan afuera. En ciencias sociales y dentro de la llamada Salud Pública alternativa son diversas los enfoques que vienen distanciándose y marcando los límites de teorías funcionalistas del modelo biomédico dominante: la producción social de enfermedad o economía política de la salud, la epidemiología crítica, la teoría eco-social de la distribución de la enfermedad, los enfoques de la antropología médica crítica y la antropología de la salud, las teorías de la determinación social de la salud, los determinantes sociales de la salud, la geografía de las inequidades en salud, entre otras. En esta presentación serán analizadas algunas de estas corrientes alternativas que surgen para criticar tales modelos que, aunque divergentes entre sí, tienen en común rechazar las premisas individualistas y descontextualizadas de la biomedicina y de estar orientados explícitamente hacia promoción de la equidad en salud.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud / Determinación / Salud Pública / Inequidad / Promoción

Introducción

Esta presentación se inscribe en el seno de discusiones que forman parte del Proyecto de Desarrollo Estratégico (2018) de la Universidad de Buenos Aires titulado “El papel de los determinantes sociales de la salud en contextos de alta vulnerabilidad: casuística de estudios sobre enfermedades crónicas no transmisibles”, que tiene entre sus objetivos la revisión crítica de categorías que actualmente se utilizan para dar cuenta de las desigualdades en salud, verdadero horizonte de las indagaciones. Detenerse en los determinantes sociales como categoría explicativa y herramienta heurística es importante porque ahí está la mirada explicativa sobre el origen de las desigualdades en salud que tiene la Salud Pública. De este modo, examinar los diferentes modelos teóricos que existen con relación a este concepto posibilitará indagar alcances, limitaciones y críticas que generaron. Esta revisión será realizada a partir de una meta-síntesis o meta-análisis cualitativo, buscando en bases de datos distintos estudios que existen en la literatura en los que aparecen las principales discusiones teóricas.

El estudio de las desigualdades en salud ha tomado notoriedad especialmente a partir del año 2005, cuando la OMS forma una Comisión exclusivamente para estudiarlos de manera global e integral. Pese a este impulso, la escasa y problemática conceptualización que existe sobre los determinantes sociales de la salud es responsable, al menos parcialmente, de una falta de claridad, justificación y criterios explícitos en las intervenciones de la salud pública para mitigar las desigualdades en salud que se registran entre países y en el interior de los países (Mikkonen & Raphael, 2010), evidenciando la necesidad de contar con desarrollos teóricos que respalden estos modelos o muestren su insuficiencia para poder dar cuenta de los mecanismos por los cuales se producen las condiciones sociales que afectan la salud de las poblaciones.

Es por ello que creemos necesario rastrear las distintas concepciones subyacentes, los significados tácitos que arrastran, las connotaciones que originalmente tuvieron, así como las perspectivas alternativas que surgieron, para evitar seguir reproduciéndolos sin saber a qué estamos aludiendo y permitirá una toma de decisiones en política sanitaria más consciente, explícita y fundada. Poder interrogar las conceptualizaciones subyacentes a este concepto refinará estrategias para pensar intervenciones en defensa de la salud pública, como vienen sosteniendo diversos académicos (Cohen & Marshal, 2017) y como ya lo demostraron experiencias de otros países; solamente la fuerte intervención del Estado –contando con datos sanitarios confiables, debidamente desagregados– podrá reducir las desigualdades o inequidades en salud.

Los modelos sobre los determinantes sociales de la salud surgen desde la epidemiología social. Recordemos que los antecedentes de la epidemiología se remontan al higienismo de los siglos XVIII y XIX de países como Francia, Inglaterra y Alemania (Ayres, 1993) en el contexto de dinámicas de

urbanización, pauperización y crecimiento de las clases trabajadoras que conducen a empezar a analizar a la salud como fenómeno social, afianzándose el enfoque de la medicina social que no solamente abordó a la salud en las sociedades sino que, principalmente, estableció parámetros para diferenciar la influencia del contexto social e histórico y sienta las bases de los distintos enfoques sociales de la salud que después se desarrollan para explicar la distribución de las enfermedades entre las poblaciones (Morales-Borrero *et al.*, 2013). De acuerdo a Nancy Krieger (2001), la epidemiología social se fue consolidando sobre modelos holísticos de la salud desarrollados entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial y sobre el marco de la medicina social de las décadas de los cuarenta. Esta autora menciona que el término aparece en 1950 por primera vez en un artículo de Alfred Yankauer, momento a partir del cual comienzan a aparecer otras alusiones. Específicamente la epidemiología social anglosajona surge en la segunda mitad del siglo XX, en el marco del Estado de Bienestar europeo. En 1969 Leo Reeder en la Asociación Americana de Sociología define a esta subdisciplina como el estudio del rol de los factores sociales en las etiologías de las enfermedades, vinculando marcos sociológicos e indagación epidemiológica (Krieger, 2001).

Asimismo, influye en este surgimiento del modelo de determinantes cierta visión crítica relacionada con los estudios Whitehall y el Informe Black que modificaron el modelo epidemiológico clásico al destacar, como elemento importante, las desigualdades sociales en salud. Posteriormente los estudios de Whitehead, Marmot y colaboradores, entre otros, sientan las bases para elaborar una propuesta más concreta sobre determinantes sociales de la salud que servirá de referente para el trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS).

En Latinoamérica, por su parte, se desarrolla el movimiento de la medicina social y la salud colectiva a final de los años 60 y comienzos de los 70, del siglo XX, bajo la influencia del pensamiento marxista. La idea central que orienta el accionar de dicho movimiento es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico. Se desarrolla a partir de sanitaristas y epidemiólogos de la región, entre los que podemos mencionar a Juan Cesar García, María Isabel Rodríguez, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, Saúl Franco, Mario Testa, Naomar Almeida Filho, entre otros. Este enfoque cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo, anclando sus fundamentos en el materialismo histórico, las teorías del conflicto y las teorías críticas en ciencias sociales. Eslava-Castaneda (2017) menciona el desafío de este movimiento a la Salud Pública tradicional, fundamentalmente la crítica a los enfoques funcionalistas. Esta corriente que contiene a distintas escuelas fue construyendo una identidad propia, fundamentada en la teoría social materialista y en el postulado de una causalidad social del proceso salud-enfermedad (que luego deviene en determinación social).

Por lo tanto, podemos observar que dos son los enfoques epidemiológicos principales en torno a la comprensión social de la salud: 1) La epidemiología social anglosajona derivada de la epidemiología clásica –que posteriormente será la base del enfoque de los determinantes sociales de la salud–; y 2) la propuesta alternativa nacida en la medicina social y salud colectiva latinoamericana que es la base del enfoque de la determinación social de la salud. Por razones de espacio, en esta oportunidad nos detendremos principalmente en el primero de estos enfoques.

La agenda de la salud pública global y su interés en las inequidades y desigualdades en salud

Es imposible llegar a entender los determinantes sociales de la salud si antes no se revisa el para qué fueron pensados que es, principalmente, para poder dar cuenta de las desigualdades en salud a través del monitoreo específico de distintas variables. Por lo tanto será este punto el primero que abordaremos en esta presentación. Detenernos en cómo se definen los conceptos es necesario por las consecuencias prácticas que tienen. En el caso de las desigualdades implica definir desde qué mediciones serán monitoreadas por gobiernos nacionales y agencias internacionales, qué actividades serán financiadas y qué prioridades establecerá la agenda dominante. En los últimos tiempos hubo un interés en la Agenda de la Salud Pública Internacional sobre las desigualdades en salud. Recientemente las Naciones Unidas y otras agencias internacionales promovieron un abordaje integral en el establecimiento de los objetivos del desarrollo sustentable con acento en las desigualdades globales a través de estrategias intersectoriales, comprehensivas y globales, reconociendo los amplios determinantes socio-económicos de la salud y el bienestar, la fuerte dependencia entre el desarrollo socio-económico y la salud. Pero esta prominencia en la agenda viene desde antes, desde el Informe de la OMS (2008) que incluye a la equidad en todas las políticas y programas y no solamente en el sector salud, sino en educación, empleo, transporte, finanzas y viviendas.

Específicamente la equidad en salud, entendida como derecho humano, está desde las definiciones de la OMS de los años cuarenta y sus resoluciones del siglo XXI, en la que se sostiene que todas las personas tienen derecho a gozar de la salud con independencia de su raza, religión, grupo político y clase social. El principal fundamento para la equidad en la salud es la Declaración Universal de los Derechos Humanos (10-12-1948) en sus artículos 2 y 25. Desde este enfoque se hace hincapié en la necesidad de identificar cuáles son los sesgos y discriminaciones que conducen a las diferencias en el acceso a los recursos y oportunidades en salud entre los grupos, vinculando la equidad en salud con la Justicia Social y la Libertad. Más recientemente otros autores nutrieron este marco global para pensar la equidad en salud. Los desarrollos de Amartya Sen (1992) ponen el eje en la salud como una manera de promover la libertad de las personas y las sociedades. La Justicia distributiva de John

Rawls (1971) con su horizonte en la equidad y en las razonables limitaciones de las elecciones, pone el énfasis en las razones morales. También en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) expresamente se establece la salud en el contexto en el que las personas viven. Para los propósitos de las acciones que haya que tomar, las personas que en esos contextos mejor viven son el indicador de los estándares de salud alcanzables y los estándares a los que las políticas deberían apuntar.

Desde finales del siglo XX y principios del siglo XXI el concepto de inequidades y equidad se transformaron en uno de los más debatidos en la bibliografía de la salud, especialmente con relación a la formulación de políticas e intervenciones en salud –hacemos notar que resulta más difícil de evaluar en estudios cuantitativos, ya que usan más los términos de desigualdades y de disparidades. Las asunciones tácitas del concepto de desigualdades e inequidades en salud asumen que se trata de diferencias en salud entre los grupos socio-económicos con mejores y peores indicadores, siendo la posición socioeconómica una de las medidas más utilizadas, conocidas y monitoreadas y, en menor medida, el género, grupo étnico y lugar de origen. Miraremos un poco más en detalle este proceso histórico de conceptualización.

En la revisión de Bouchard, Albertini & Batista (2015), aunque aparece alguna publicación en la década de 1960, será en las décadas del setenta y ochenta cuando las desigualdades en salud son reconocidas como un problema de salud pública de relevancia mundial, principalmente a partir de la publicación del informe del Departamento de Salud del Reino Unido conocido como el *Black Report* (Alleyne, 2001). En dicho informe se demuestra que las desigualdades en la salud se expandieron desde la creación del Departamento Nacional de la Salud (1948) y que los mayores responsables estaban afuera del sistema de salud, porque la salud básicamente estaba definida por los ingresos, las condiciones de trabajo, la educación y otros factores sociales. A partir de esa fecha crece exponencialmente junto a los conceptos de inequidades (que en ocasiones se usa como sinónimo de desigualdades) y de disparidades. A mediados de 1990 en el Reino Unido, la equidad en salud hace referencia al igual acceso, igual disponibilidad y utilización e igual calidad de atención ante las mismas necesidades. También en el Reino Unido, el *Acheson Report* (Alleyne, 2001) mostró que, pese al acceso universal, las desigualdades continuaban.

En el contexto europeo en la década de los noventa se produce un debate internacional sobre los significados de los conceptos de desigualdades e inequidades en salud y cómo debían medirse. Margaret Whitehead (1996) define a las inequidades como diferencias innecesarias, evitables y por lo tanto injustas. Si bien posteriormente se consensua utilizar de manera indistinta tanto el concepto de desigualdades como el de inequidades, claramente inequidad en salud es un concepto que expresa un juicio normativo y moral para referirse a las diferencias en salud que son derivadas de la injusticia.

En los noventa, la OMS definió inequidad en salud como disparidades evitables y los determinantes en salud, incluyendo, pero no limitando a la atención de la salud entre grupos que tienen diferentes niveles de ventajas o privilegios, diferentes niveles de poder, bienestar, prestigio debido a sus posiciones en la sociedad con relación a otros grupos. Esta definición permite incluir el estatus socioeconómico, el género, la localización geográfica, las diferencias raciales, étnicas, religiosas, la edad. Señalan que buscar la equidad en salud significa tratar de reducir las brechas evitables en el estatus de salud y en los servicios de salud de todos los niveles sociales. Los desarrollos de Mooney del '90 (Alleyne, 2001) distinguen entre equidad horizontal (igual servicio/tratamiento para igual necesidad) y equidad vertical (distinto servicio/tratamiento para diferentes necesidades) y es uno de los académicos que discute sobre la falta de claridad y bases éticas en estas conceptualizaciones. A finales de los noventa la *International Society for Equity in Health* (ISEqH) define a la equidad como la ausencia sistemática de diferencias potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud entre poblaciones y subgrupos definidos socialmente, económicamente, demográficamente y geográficamente; agrega a las concepciones de la OMS el aporte de B. Starfield, ausencia de diferencias sistemáticas, sin embargo la relevancia de la justicia social no es clara (Alleyne, 2001). A fines de los noventa, desde la rectoría de organismos internacionales como OMS se produce un vuelco hacia enfoque más “tecnocrático” criticado por sustraer la iniciativa de los valores y principios éticos de los derechos humanos. En este contexto Murray y colaboradores (OMS, 2003) definen a las inequidades como diferencias entre individuos y no como grupos a priori, es por eso que entre las recomendaciones sostienen no agrupar de acuerdo a variables sociales, salvo la localización geográfica porque “reproduce prejuicios”, haciendo notar que era más fácil de medir ya que no se necesitaban datos desagregados por características sociales. Es evidente que esta visión reduccionista, pragmática y tecnocrática sustrae las consideraciones éticas y de derechos humanos del concepto y su medición, sin reflejar ningún tipo de preocupación con relación a la justicia social. Pero no es la única versión que circulaba. En 1999 la OPS organizó el primer foro de discusión de equidad, definiendo que se trata de un concepto con definiciones múltiples y complejas, con muchas dificultades para poder circunscribirlas ya que son realizadas desde múltiples disciplinas (filosofía, epidemiología, economía, política, geografía, sociología, antropología, etcétera).

En el año 2005, se recupera el espíritu de la justicia social para el estudio de las inequidades/desigualdades y la OMS crea una Comisión específica para clasificar la evidencia de qué se puede hacer para promover la equidad en salud adoptando un modelo global para hacerlo. Se nutren definiciones pasadas con relación a las inequidades en salud como diferencias sistemáticas de oportunidades que tienen los grupos para alcanzar una salud óptima, que conducen a diferencias en los resultados de la salud injustos y evitables (Braveman, 2006). Si bien el concepto de desigualdad

no tendría el tono moral de la inequidad en general se los utiliza de manera indistinta a partir de acuerdos en la comunidad de la salud pública (OMS) conceptos que son sustituidos, reemplazados o bien complementados por otros de connotaciones similares según contextos. Por ejemplo, los *National Health Institutes* hablan de disparidades y las definen como las diferencias que existen entre grupos específicos de poblaciones en la incidencia, prevalencia, mortalidad y carga de enfermedad y otras condiciones de salud que derivan de diferencias sistemáticas, prevenibles e injustas entre grupos y comunidades que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. La proposición de Braveman (2006) las define como un tipo de diferencia en la salud que podría ser potencialmente modificada por políticas públicas; siendo una diferencia en la que los grupos sociales desventajados –como pobres, minorías étnicas, mujeres y otros grupos que persistentemente experimentaron desventajas sociales o discriminación– sistemáticamente tienen una peor salud o mayores riesgos en salud que los grupos aventajados.

Modelos sobre los Determinantes sociales de la salud

Como señaláramos en la introducción, la evolución de las perspectivas sobre los determinantes sociales de la salud debe rastrearse principalmente por el lado de la epidemiología social y las vinculaciones entre el medioambiente y la salud de las poblaciones que lleva a la teoría social al campo de la salud pública (Yen, 2005). Desde las décadas del 1970 y 1980, a partir del *Black Report*, fue ganando terreno en la literatura de la salud pública del Reino Unido y Canadá el concepto de los determinantes sociales de la salud, enfoque que se corre del nivel individual para pasa al de las comunidades y los aspectos sociales (Syme, 2005). Este concepto sirvió como marco para las investigaciones de las desigualdades en salud, con el foco en las condiciones materiales y las conductas de las poblaciones.

Estos determinantes son las condiciones en que las personas viven, trabajan, configuradas por políticas, la historia, la cultura y las normas. Básicamente ayudan a responder: ¿Cuáles son las principales teorías para comprender y explicar cómo las condiciones sociales determinan las diferencias en la salud que existen entre las distintas poblaciones? Fueron particularmente influyentes en el desarrollo del concepto las siguientes iniciativas. 1) El Informe Lalonde (1974) en el que se reconoce la influencia del ambiente, del estilo de vida, de lo social en la salud. Se trata del primer documento gubernamental de occidente que pone el foco afuera del sector salud, para alcanzar la salud. 2) La Declaración de Alma Ata (1978) en la que sostiene que la salud es un Derecho Humano por lo tanto universal. 3) Primera conferencia de la OMS sobre promoción de la salud. Sigue la Carta de Ottawa (1986) que identifica ocho elementos necesarios para la salud: paz, ambientes eco-sustentables, comida, abrigo, ingresos, educación, justicia social y equidad. 4) 2000-2004 Iniciativas

canadienses. 5) La Comisión de la OMS sobre los determinantes del año 2005 y la publicación de las recomendaciones para mejorar las condiciones de vida y de trabajo, y cambiar la distribución inequitativa de dinero, poder y recursos y medirla y monitorearla (2008). 7) El informe de Canadá sobre las funciones esenciales de la salud pública (2009). 8) La reunión en Río de la Comisión de la OMS que termina en un acuerdo no vinculante entre los estados y la Declaración Política de Río (2011).

Nos interesa detenernos en la epidemiología social contemporánea, ya que contiene las corrientes teóricas que darán soporte a los distintos modelos de determinantes que existen. En primer lugar, la teoría psicosocial esbozada en los años veinte y refinada en los cincuenta. Un exponente es John Cassel que vincula la vulnerabilidad a la enfermedad con el estrés físico y psicológico. Sostiene que para explicar la distribución de las enfermedades debemos investigar los factores que afectan la susceptibilidad. Proliferaron estudios que dan origen a especialidades como la psico-neuroendocrinología, psicoimmunología, biopsicosocial, la perspectiva del curso de la vida. En resumen, esta perspectiva dirige la atención a las respuestas endógenas biológicas de las interacciones humanas pero menos atención (teórica y empírica) le presta a quiénes y qué es lo que generan estos factores protectores o “de riesgo” psicosociales, como tampoco mira cómo esta distribución es configurada por las políticas sociales y económicas.

La segunda corriente teórica que alimenta desarrollos en la epidemiología social es la de la producción social de la enfermedad y la economía política de la salud. Parten de los análisis sociales de la salud del siglo XIX, esta escuela emerge en los sesenta y se focaliza en la producción social de la enfermedad y en la economía política de la salud. Critican a las teorías de los estilos de vida por el énfasis en la responsabilidad individual. Este tipo de análisis explícitamente subrayan el papel de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad de orden económico y político, incluyendo las barreras estructurales para que las personas puedan vivir vidas saludables. La prioridad está en los procesos de acumulación del capital y su reproducción desde el Estado de manera tal que unos pocos permanezcan ricos mientras la mayoría pobres ¿Cómo es que la prioridad otorgada a la acumulación del capital por sobre las necesidades humanas afectan la salud?, ¿cómo lo evidencia lugares de trabajo peligrosos, la exposición a peligros en el trabajo, la polución, etcétera? ¿Cuál es el impacto de las políticas sociales? En este marco teórico los estudios empíricos se focalizan en las desigualdades de clase. También incorporan las desigualdades raciales/étnicas, de género, la posición socioeconómica, la discriminación y los movimientos de justicia ambiental que denuncian la complicidad de los gobiernos al transferir lo tóxico a los países pobres.

La tercera corriente que mencionaremos es la teoría eco-social y las perspectivas dinámicas multi-nivel, que incluye a la teoría eco-social de la distribución de las enfermedades (Krieger, 2001), la

eco-epidemiología y la perspectiva de sistemas socio-ecológica. Lo que tienen en común es la crítica a la corriente anterior de inspiración marxista por menospreciar e ignorar el papel de la biología. Esta corriente propone generar una serie integral de principios testeables empíricamente, útiles para guiar indagaciones específicas y acciones, incluyendo a la biología molecular. Sus preocupaciones versan sobre la escala; el nivel de organización, los estados dinámicos; los modelos matemáticos; la comprensión del fenómeno con relación a procesos generales. Promueve una perspectiva de la producción social de las enfermedades mientras busca también un análisis comparativo biológico y ecológico.

Con respecto a los modelos concretos, debemos destacar que definitivamente este tema se ubica en el centro de la salud pública a partir del año 2005 cuando la OMS crea una comisión específica para estudiarlos. La comisión estuvo formada por tomadores de decisión, investigadores y la sociedad civil y toma una visión holística de los determinantes sociales de la salud. Señala que la pobre salud de los pobres, el gradiente social de la salud que muestra la evidencia generada entre países y las marcadas inequidades de salud están causadas por la distribución desigual de ingresos, poder, bienes y servicios, las consecuencias de las injusticias a nivel nacional y global son las circunstancias visibles de las vidas de las personas (el acceso a la educación, atención médica, etc.) y sus chances de tener vidas florecientes. Sostiene este informe que esta desigual distribución no es algo natural sino la tóxica combinación de malas políticas, falta de programas y arreglos económicos injustos. Por lo tanto, hay distintos niveles para intervenir. Habla del cambio climático y sus implicancias para el sistema global y la vida de las personas. También hace referencia a cómo el crecimiento económico, sin las apropiadas políticas sociales que distribuyan con justicia los beneficios, no contribuye a la equidad. Menciona que el sistema de salud es un determinante social también. Para este modelo las inequidades se manifiestan en la intersección de categorías: clase social, género, educación, discapacidad, etnia, edad y geografía; ya que son signo de jerarquías que reflejan profundas desigualdades en el poder adquisitivo, en el prestigio y en el poder. Por último, cierra sosteniendo que las desigualdades en salud que son evitables son injustas y provee tres lineamientos principales como recomendaciones para mejorar la equidad en salud: 1) Mejorar las condiciones en que las personas nacen, viven, crecen y envejecen; 2) Enfrentar la desigual distribución inequitativa de poder, dinero y recursos; 3) Medir y entender el problema y brindar recomendaciones para intervenir. Nuevamente el descanso en principios universales aparece en este discurso de la salud pública, al mencionar que reducir las inequidades es un imperativo ético porque la injusticia social está matando a gran escala.

Revisando que otros modelos existen, debemos destacar la tarea realizada por el Consejo Canadiense sobre los Determinantes de la salud que identificó y comparó 36 marcos teóricos con sus diferentes perspectivas. Todos tienen en común un aspecto clave: involucrar actores de afuera del sector salud.

Revisaremos algunos de estos modelos. Uno de los pioneros es el llamado Modelo Mandala de la Salud de Hancock & Perkins (CCSDH, 2015). Está basado en el Informe Lalonde de 1974. Refleja un enfoque ecológico mostrando como las interacciones entre la cultura y el ambiente afectan la salud. Clarifica el rol entre el estilo de vida y el comportamiento, mostrando como el estilo de vida es influido y constreñido por el proceso de socialización y lo psico-social, incluidos familia, comunidad y valores culturales.

El modelo de las primeras naciones (CCSDH, 2015) utiliza un enfoque intersectorial que reconoce la exclusión social y el rol de los individuos y las comunidades. El foco está en las Naciones Unidas. Se detiene especialmente en el reconocimiento de las inequidades sociales de los aborígenes. Distingue factores como el ambiente, el desarrollo sustentable, la cultura y rescata al autogobierno y las medicinas tradicionales. Lo importante de este enfoque es que tiene el foco en la comunidad, contemplando la relación con otras comunidades, la casa y el empleo.

El siguiente modelo para comunidades saludables (CCSDH, 2015) enfatiza las esferas de los determinantes de la salud y su influencia para construir comunidades saludables. Incluye los factores de la salud y la construcción de un medio ambiente natural; y propone enfoques colaborativos basados en acciones intersectoriales que se apoyan en el aporte de sistemas de información geográfica para generar evidencia. Distingue entre factores macro a nivel de las ciudades (el medio ambiente, las políticas), los factores intermedios o meso (el contexto social o las comunidades) y los factores próximos o nivel interpersonal micro (las conductas, estresores, integración social y soporte).

Otro modelo es el orientado a la equidad, el modelo para la acción de Daghofer & Edwards (CCSDH, 2015), en el que se describen las prioridades (de poblaciones aborígenes, de vivienda, de educación, de desarrollo en la primera infancia) y el contexto para el que fue pensado (Canadá). Utiliza un enfoque intersectorial y puntúa como central la intervención en acciones.

El último que mencionaremos es el de Whitehead & Dahlgren (2006). Es representado por cinco niveles en un medio círculo. Cada nivel representa factores que refuerzan la salud, desde los factores inmediatos que están representados en el medio del círculo hasta las condiciones sociales más amplias. Parten de la edad y los factores ambientales. Después los factores relativos al estilo de vida individual. El siguiente son las redes sociales y comunitarias. El otro son las condiciones de vida y trabajo (agricultura, producción de alimentos, educación, ambiente de trabajo, desempleo, agua, sanidad, servicios de salud, vivienda). Condiciones socio-económicas, cultura, condiciones ambientales. Es el más usado y conocido de los modelos.

Críticas a los modelos de los determinantes sociales de la salud

El modelo de determinantes de la OMS recibió críticas desde todos los sectores y posiciones de la arena política. Sintetizaremos algunas extraídas de la Medicina Social Latinoamericana, la Salud Colectiva y la antropología médica crítica. Las críticas fundamentales son:

- 1) Está ausente una elaboración teórica explícita sobre la sociedad, por lo que la definición de determinantes es relativamente ambigua, pues hace referencia a los determinantes estructurales sin desarrollarlos suficientemente y a las condiciones de vida, que en conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.
- 2) Limita el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo, en donde la distribución injusta de bienes, ingresos, servicios y poder afecta la vida de las personas. Su crítica al orden social se reduce a señalar que la mala distribución es tolerada e incluso favorecida por normas, políticas y prácticas sociales.
- 3) La postura de reunir evidencia sobre los *factores sociales* que generan desigualdades en salud, reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2004; Breilh, 2003), pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados.
- 4) Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza y, facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, elecciones inadecuadas de estilos de vida, etc.
- 5) Expresa una visión limitada de la configuración, dinámica y momento de desarrollo de las sociedades capitalistas, por lo que genera recomendaciones políticas abstractas para reducir las desigualdades sociales, limitándose al plano de “mejorar las condiciones de vida” y “repartir recursos”.
- 6) Realiza recomendaciones sin contexto, reducidas a resolver problemas de gerencia.
- 7) Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la fase actual de desarrollo capitalista, sobre la globalización neoliberal y la recomposición geoestratégica del mundo, que impone un orden depredador y lesivo para la vida y la salud de los pueblos e impulsa procesos que ponen en riesgo la viabilidad del planeta (el cambio climático global, las guerras por recursos renovables y no renovables y más recientemente las crisis alimentaria y financiera).
- 8) Existen silencios sobre problemas que provocan destrucción, muertes masivas y enorme sufrimiento a las poblaciones. Las guerras imperiales, el genocidio y la manipulación de las transnacionales farmacéuticas y agroalimentarias, entre otros.

9) No se problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y de las desigualdades en salud tiene los límites del capitalismo en general y de las formaciones capitalistas particulares. Es decir, no se discuten las contradicciones entre lo “políticamente correcto” como preocuparse de la pobreza, proponer la reducción de brechas sociales y sanitarias y simultáneamente defender ferozmente la economía de mercado.

10) Se plantea la reducción de las desigualdades en salud como un imperativo ético, sin embargo no hay una discusión explícita sobre los principios y valores de una ética de la salud y de la vida, que trascienda la perspectiva bioética, cuestione la tanatopolítica que impera en el mundo globalizado y que coloque el debate en el plano de la biopolítica.

11) Presenta la actividad de los diversos actores como un asunto de voluntades y desconoce las relaciones de poder y las desigualdades entre ellos, e invisibiliza el papel de actores transnacionales con mucho peso sobre la salud y la alimentación.

12) La CDSS desconoce a un actor central con gran capacidad política para incidir en las decisiones nacionales e internacionales en el marco del proceso de globalización: las empresas transnacionales. No definir estrategias frente a este poderoso actor, resta enormes posibilidades a una acción que transforme los determinantes de las inequidades sanitarias e impacte en la concentración de poder económico, político y de conocimiento que generan estas empresas.

En síntesis, el informe de la CDSS cumple con amplitud su propósito de reunir evidencias sobre las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en salud y en destacar la importancia de los determinantes sociales pero es insuficiente para avanzar en la comprensión del origen de los problemas, las llamadas “causas de las causas”.

Por tales argumentos, la epidemiología crítica se propone no hablar de determinantes sino desarrollar una teoría de la determinación social y sostienen que para lograr reducir las desigualdades en salud deben producirse cambios en la estructura socioeconómica desigual de la sociedad. Breihl (2006) prefiere hablar de determinación de la salud por determinados modelos de producción, más que de modelos centrados en determinantes. Señala la necesidad de crear condiciones para una intersectorialidad ética, aclarando que no se trata solo fortalecer sistemas de salud sino de un trabajo intersectorial. Entiende que la equidad es insuficiente para pensar en un nuevo modo de vivir, porque es entendida solamente como acceso o consumo cuando se necesita la equidad como civilización solidaria, aboliendo una reproducción. La epidemiología crítica habla de una salud sustentable, soberana, solidaridad y segura en todos los espacios de la vida. Por eso señala que las epidemiologías empírico analíticas, por más sofisticación que tengan, no nos permiten mirar la relación entre el sistema social, los modos de vida, la distribución por clases a las exposiciones. Con este modelo es imposible conocer la realidad para transformarla porque estudia la causalidad pero tardíamente, no

se abren hacia las estructuras sociales que las asumen y no las toman como categoría de análisis; sostiene que las raíces de todo está en el sistema de acumulación.

Desde la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (López Orellano, Escudero y Carmona, 2008) se apunta a un cambio estructural ya que el problema de las inequidades sociales y sanitarias está en la base de la sociedad capitalista y por eso apuestan a la promoción de un movimiento continental y global por la equidad en salud, inscrito en el marco amplio de las luchas regionales y mundiales por el derecho a la salud, con formas de desarrollo justo y distribución equitativa de la riqueza material, del poder político, del conocimiento; rompiendo con el modelo hegemónico de la concentración de la riqueza. Por eso más que escindir por determinantes señalan la necesidad de focalizarse en las raíces estructurales de la producción y distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos culturales, de conocimiento y ambientales, que generan múltiples inequidades y que afectan la salud y plantear estrategias para enfrentarlas y transformarlas.

Reflexiones de cierre

En estas páginas examinamos algunas de las implicancias teóricas del concepto de determinantes sociales de la salud, según viene siendo utilizado en el campo de la salud pública global para dar cuenta de las desigualdades en salud, intentando detectar concepciones implícitas, versiones enfrentadas, corrientes teóricas y epistemológicas de soporte, significados tácitos, entre otros aspectos a través de los cuales poder romper con los “pilotos automáticos” de las intervenciones e investigaciones en el estudio de las desigualdades en salud. Creemos necesario enriquecer categorías analíticas que actualmente se usan para dar cuenta de las desigualdades en salud, para poder construir modelos propios pensados para contextos específicos concretos.

De este modo, queremos contribuir a reflexiones críticas comprometidas con la transformación de las condiciones de desigualdad resultado de las contradicciones de esta fase capitalista y sus consecuencias negativas sobre la calidad de vida y la salud de las poblaciones (López Orellano, Escudero y Carmona, 2008). Sabemos que investigar desde la lógica de los determinantes sociales de la salud puede operar de manera reduccionista, pero también vemos que se abren múltiples posibilidades y algunas con un alto grado de complejidad para captar estas desigualdades en los cuerpos como sostiene la concepción de *embodiment* de la teoría eco-social de la distribución de las enfermedades.

Sostenemos que muchas veces lo que cae en reduccionismos son las críticas, que no ven la existencia de las diversidad y profundidad de los distintos desarrollos que vienen siendo debatidos en la arena de la salud pública global en la que existen abordajes que permiten dar cuenta de aspectos más

específicos y precisos, además de permitir comparaciones entre regiones, aspectos que necesitan seguir revisándose colectivamente.

El objetivo de este trabajo fue, no sólo exponer y sintetizar las discusiones en torno a los determinantes sociales de la salud, sino contribuir a la construcción de abordajes complejos pero factibles para dar cuenta más acabadamente de las desigualdades existentes en nuestras sociedades. Se erige como un desafío de larga data, pero aún pendiente, continuar insistiendo en estudios sociales que visibilicen la alta vulnerabilidad de algunas poblaciones. La revisión crítica de categorías teóricas/metodológicas/políticas es un primer paso en esa dirección.

Bibliografía

- Almeida Filho, N.; Castiel L.; Ayres, J. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323-344.
- Almeida-Filho, N. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 865-884.
- Andrade, P.; Carvalho, D. (2015). International cooperation for science and technology development: a way forward for equity in health. *História, Ciências, Saúde*, 22 (1), 1-19.
- Alleyne, G. A.O. Equity & Health. Pan American Health Organization (2001). *Equity & Health*. Washington, DC: PAHO.
- Arcaya, M.; Arcaya A.; Subramanian, S. (2015) Inequalities in health: definitions, concepts and theories. *Global Health Action*, 24, 8:27106.
- Ayres, J.R. (1993). Elementos históricos y filosóficos de la epidemiología. *Revista Saúde Pública*, 27 (2): 135-44.
- Baer, H., Singer, M. & Ida S. (201). *Medical Anthropology and the World System. Critical Perspectives*. USA: Praeger.
- Beckfield, J.; Olafsdottir, S. y Bakhtiari, E. (2013). Health Inequalities in Global Context. *American Behavioral Scientist*, 57(8), 1014-1039.
- Bouchard, L.; Albertini, M. & Batista, R. y Montigny, J (2015). Research on health inequalities: A bibliometric analysis (1966-2014). *Social Science and Medicine*. 141:100-8.
- Braveman, P. & Gotieb L. (2014) The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129, 19-31.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27,167–194.
- Breihl, J. (2006). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidade. Brasil, Fiocruz.
- Canadian Council on Social Determinants of Health (CCSDH) (2015). *A Review of Frameworks on the Determinants of Health*. Recuperado de: http://ccsdh.ca/images/uploads/Frameworks_Report_English.pdf
- Cohen, E y Marshall, S. (2017). Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25 (2), 309–328.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
- Eslava-Castaneda, J. (2017) Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Salud Pública*, 19 (3): 396-403.

- Jo C. Phelan, Bruce G. Link, and Parisa Tehranifar (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S) S28– S40.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668-677.
- López Arellano, O.; Escudero, J. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 4 (3), 323-335.
- Lucyk K. y McLaren, L. (2017) Taking stock of the social determinants of health: A scoping review. *PLoS ONE*, 12(5): 0177306.
- Marmot, G. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *Eur J Epidemiol*, 32: 537-546.
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Toronto, ON: York University School of Health Policy and Management. Recuperado de: <http://www.thecanadianfacts.org/>
- Morales-Borrero, C.; Borde, E.; Eslava-Castañeda, J. y Concha-Sánchez, S. (2013) ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Salud pública*, 15 (6), 797-808.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM) (2017). *Communities in action: Pathways to health equity*. Washington, DC: The National Academies Press.
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2013). *Let's talk: Health equity*. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University.
- Niessen, L.; Mohan, D.; Akuoku, J.; Mirelman, A.; Ahmed, S.; Koehlmoos, P.; Trujillo, A. Khan, J.; Peters, D. (2018). Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *The Lancet Taskforce on NCDs and economics*. 391, 10134, 2036-2046.
- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Øversveen, E.; Rydland, H.; Bambra, C. & Eikemo, T (2017) Rethinking the relationship between socio-economic status and health: Making the case for sociological theory in health inequality research. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45: 103-112.
- Pan American Health Organization (2001). *Equity & Health*. Washington, DC: PAHO.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Estados Unidos: Harvard University Press.
- Reading, J. & Halseth, R. (2013). *Pathways to improving well-being for Indigenous peoples: How living conditions decide health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Sen, A. (1992). *Inequality reexamined*. Estados Unidos: Harvard University Press.
- Syme, L. (2005). Historical Perspective: The social determinants of disease – some roots of the movement. *Epidemiologic Perspectives & Innovations* 2005, 2:2.
- The Marmot Review (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. Recuperado de: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report>
- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part I*. University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy.
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Washington, OPS/OMS.
- Yen, I. (2005). Historical Perspective: S. Leonard Syme's influence on the development of social epidemiology and where we go from there. *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, 2:3.