



Unidad 1

Determinantes sociales en salud: valores, enfoques y perspectivas

Objetivos específicos:

Iniciamos el desarrollo de este Módulo Introdutorio con la primera Unidad. A lo largo de la misma, buscaremos que usted logre:

- Identificar los fundamentos de los determinantes sociales de la salud (DSS) y su potencialidad para la formulación de políticas públicas, reconociendo la propuesta de trabajo de la OMS y OPS.
- Distinguir los principios de la justicia social, equidad en salud y derechos humanos y sus relaciones, como valores fundamentales para la acción en DSS.
- Identificar mecanismos estructurales e intermedios en la producción de inequidades en salud entre grupos poblacionales y territorios, como base para la acción en políticas públicas.
- Reconocer la necesidad de un enfoque integral, intersectorial y participativo para la comprensión y acción sobre DSS.

Ejes temáticos de la Unidad:

- Introducción al enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud.
- Equidad, justicia social y derechos humanos en salud. Sus relaciones.
- Enfoques para revelar las inequidades en salud entre grupos poblacionales y territorios.
- Mecanismos que operan en el mantenimiento de la inequidad, para el abordaje de los determinantes sociales en salud.
- Enfoque integral, intersectorial y participativo sobre los DSS

Introducción a los Determinantes Sociales de la Salud

Para introducir el debate sobre los “determinantes sociales de la salud”

El tema aunque no es nuevo todavía suscita debates y controversias.

Algunos critican la expresión “determinantes sociales” basándose en que el término implicaría la existencia de una lógica social preponderante que determinaría la acción de los actores sociales perdiendo éstos su capacidad de transformación colectiva y de busca de su identidad.

Para otros la expresión “determinación social” del proceso salud-enfermedad posee una potencia explicativa fuerte y ofrece elementos estratégicos para el necesario cambio social.

Unos prefieren “determinantes de salud” interpretando que el “social” limita la determinación ya que excluiría los determinantes políticos, los económicos, los ambientales, los culturales, los psicológicos, los espirituales, etc. Para otros el “social” incluye todos los atributos anteriores representando una síntesis englobadora.

Existe también una polémica acerca de las expresiones “determinantes de salud” y “determinantes de la inequidad en salud”, para algunos la primera expresión equivaldría a los “factores de riesgo” de la epidemiología clásica; al diferenciarla de la primera le otorgan a la segunda expresión un carácter más transformador, considerando que conduciría a la senda para comprender las injustas jerarquías de estructuras sociales, revelando la verdadera “causa de las causas” de la inequidad en salud.

Este debate no está cerrado, pero en este proceso que usted empieza a transitar es bueno que comprenda la riqueza y la polisemia del concepto “determinantes sociales de la salud” y quizás la necesidad de encontrar un lenguaje compartido favorezca la acción política más articulada.

Mientras no logremos esa “lengua franca” consideremos el concepto correspondiente a “los determinantes sociales de la salud” en toda su amplitud y profundidad. Comprender el proceso salud-enfermedad desde esta perspectiva nos brindará



una mirada más amplia y politizada y nos mostrará la necesidad de políticas públicas más articuladas, integradas y consensuadas –entre gobiernos, movimientos sociales y ONG– que tengan como objetivo lograr una mayor calidad de vida.

¿Por qué es necesario centrarse en los determinantes sociales de la salud?

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto, circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

Para mejorar la salud de las poblaciones del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud. Ello no significa que los sistemas de salud equitativos dejen de tener importancia. Pero debe reconocerse que, muchas veces, los sistemas de salud son parte misma del problema y que ellos y las nuevas estrategias son imprescindibles para abatir las inequidades en salud.

¿Para qué tratar a la población...



... y devolverla luego a las condiciones de vida que la enferman?

Estas primeras constataciones nos llevan a buscar respuestas a tres problemas fundamentales:

- ¿Dónde se originan las diferencias en salud entre los grupos sociales, si buscamos sus huellas en sus raíces más profundas?
- ¿Qué mecanismos nos conducen desde las causas originarias a las diferencias actuales en la situación de salud observada en las poblaciones?
- Aclarando las respuestas a estas dos primeras cuestiones, ¿dónde y cómo deberíamos intervenir para reducir las inequidades en salud?

No sólo las circunstancias sociales –estratificación social y posición social– determinan las inequidades sociales (en el nivel poblacional) sino que también operan a través de determinantes intermedios generando inequidades en salud. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Las causas materiales y psicológicas, contribuyen con estos riesgos y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muerte y a todos los grupos sociales. Las desventajas sociales pueden manifestarse en forma absoluta o relativa, y la tendencia es a concentrarse en los mismos grupos sociales, sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida.



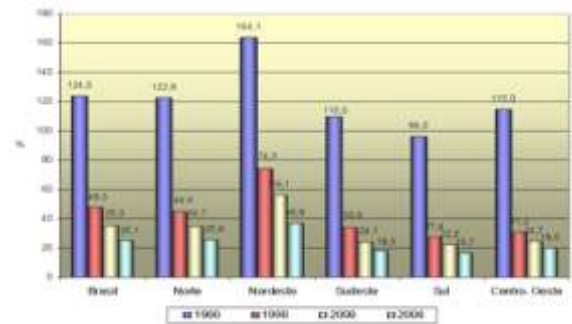


No solamente encontramos desigualdades entre distintos países, sino también dentro de un mismo país podemos observar diferencias extremas. Estas diferencias de salud ocurren a lo largo de la estratificación social, incluyendo los ejes socioeconómicos, políticos, culturales y geográficos. Un modo de describir la magnitud de estas inequidades es la distancia entre el tope y la base de la escala social. No obstante a lo largo de todo el gradiente social hay diferencias injustas que pueden ser evitadas.

La influencia de los determinantes sociales no sólo se evidencia cuando comparamos la distancia entre el tope y la base de la estratificación social, sino también cuando analizamos los indicadores de salud en relación con otras variables a lo largo de toda la estratificación social. En Bangladesh y en Tailandia, las jóvenes pobres con educación secundaria tienen mejores indicadores de salud que otras jóvenes que no tienen escolarización o que sólo alcanzan la educación básica. El análisis no debería centrar su atención sólo en la situación de la gente que está en los niveles de pobreza, a los pobres entre los pobres (Consultar el Informe Final de la Rede de Conocimiento sobre Género y Equidad disponible en Enlaces, Textos Completos.) El análisis de la distribución social a lo largo de toda la estratificación social de la salud indica que todos estamos implicados.

Evolución de la mortalidad infantil Brasil y Regiones – 1960-2006

Fuente: IBGE



Mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) por grupo de riqueza



Actividad Reflexiva

Algunas preguntas para iniciar la reflexión:

- ¿Cuál es la incidencia de la pobreza sobre la salud de las poblaciones en su región o país?; ¿en qué medida se han modificado a lo largo del tiempo?
- ¿Cuáles son los grupos de población más vulnerables?; ¿a qué factores son más vulnerables?
- Considerando toda el gradiente social y no sólo las brechas entre el tope y la base de la distribución ¿qué factores inciden en distintos grupos sociales?
- ¿Advierte diferencias al interior de su país o localidad, considerando distintas áreas geográficas, distintas condiciones laborales, distintas fajas etáreas, de género o etnia, distinto acceso a la escolarización, etc.?
- ¿Qué consecuencias tiene esta situación en el modo de enfrentar las políticas públicas en salud?



Definiendo valores: Equidad, Justicia Social y Derechos Humanos en Salud

El marco de valores que sigue está basado en el trabajo de Solar e Irwin (2007)¹ que puede ser obtenido en su totalidad en Enlaces, Textos Completos. Presentamos aquí los principales conceptos de ese marco con el objetivo de que los ayuden en su proceso de reflexionar sobre los DSS.

La **equidad** en salud es un concepto ético fundante en el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud. El Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud define a la equidad como la “ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente”. En esencia, las inequidades en salud son diferencias en salud *socialmente producidas*, sistemáticas en su distribución a través de la población e *injustas*. Identificar las diferencias en salud como inequitativas no representa una prescripción objetiva o material, sino que necesariamente implica apelar a normas *éticas*.

La responsabilidad primaria en la protección y ampliación de la equidad en salud descansa en primera instancia en los gobiernos nacionales, tal como lo desarrollan importantes referentes del pensamiento político contemporáneo. Amartya Sen (2002) dice que “la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales.” Anand (2004) destaca que la salud es un bien especial cuya distribución equitativa concierne a las autoridades políticas. Existen dos razones principales: la salud es constitutiva del bienestar de las personas y la salud habilita a las personas a actuar como agentes sociales.

La inequidad en salud afecta fundamentalmente el compromiso con la **libertad**, la **justicia social** y los **derechos humanos** y cuando la inequidad emerge la gestión del gobierno ha fallado en sus responsabilidades primeras. Pero las causas en la relación entre salud y acción social no son unidireccionales: la equidad en salud es resultado de la gestión pública y es asimismo prerrequisito para que los grupos de población participen en el fortalecimiento de sus derechos y en el control sobre su trabajo y su vida.

El marco internacional sobre los derechos humanos, basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, proporciona una estructura conceptual para avanzar en la equidad en salud. Afirma que el derecho a la salud debe ser interpretado ampliamente, incluyendo no sólo la atención de salud, el alimento y nutrición, vivienda, acceso al agua potable, adecuado saneamiento, condiciones de trabajo saludables y seguras y salud ambiental. Abarca, también la responsabilidad por los determinantes sociales en vistas a satisfacer los derechos ciudadanos y el más alto nivel de salud alcanzable.

Los derechos humanos ofrecen una armazón conceptual para vincular la salud, las condiciones sociales y los principios de participación en los derechos políticos. Como indican Braveman y Gruskin (2003) la perspectiva de los derechos humanos traslada las acciones para la superación de la pobreza desde el campo de la caridad hacia el dominio de la ley. En los años recientes, el trabajo de los Reportes Especiales de Derecho a la Salud de las Naciones Unidas constituye un avance en la agenda política alrededor del derecho a la salud en los niveles nacional y global.

Esperanza de vida de las poblaciones indígenas

Country	Indigenous (male)	Total (male)	Gap (years)
Australia (1996–2001)	59.4	76.6	17.2
Canada (2000)	68.9	76.3	7.4
New Zealand (2000–2002)	69.0	76.3	7.3

(Bramley et al, 2005)

¹A first draft of this paper was prepared for the May 2005 Cairo meeting of the Commission on Social Determinants of Health by the Commission secretariat, based in the Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health, Evidence and Information for Policy Cluster, WHO Geneva. The principal writers were Orielle Solar and Alec Irwin. Valuable input to the original draft was provided by other members of the Commission secretariat, in particular Jeanette Vega. In the course of discussions in Cairo, Commissioners and the Chair contributed substantive insights. Commissioners recommended the preparation of a revised draft paper, which was completed in January 2007. It is planned that the current version of the paper will be submitted to CSDH Commissioners at their June 2007 meeting in Vancouver. In addition to the Chair and Commissioners of the CSDH, many colleagues have offered valuable comments and suggestions in the course of the revision process.



Actividad Reflexiva

A partir de estos análisis, le sugerimos que reflexione acerca de:

¿Por qué la Equidad y Justicia social en Salud constituyen guías éticas para fundamentar y orientar el desarrollo de las políticas públicas?

¿Por qué el marco de los Derechos Humanos brinda estructura para el enfoque de los determinantes sociales en salud?

¿En qué medida la globalización y las reformas del Estado han contribuido a vincular sus resultados de Equidad y Justicia social en salud en la población de su país?

¿Qué relevancia alcanza el empoderamiento de los grupos sociales más desventajados para ejercer sus derechos en el control de los factores que afectan su salud?

Revisando enfoques y construyendo un marco referencia integral para la comprensión y la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud

La revisión de los distintos análisis producidos en torno a los Determinantes Sociales de Salud nos lleva a identificar tres principales abordajes, con aportes complementarios (Solar & Irwin, 2007)²:

- el psico-social.
- el de la producción social de la salud/enfermedad
- el eco-social con múltiples niveles de referencia.

Los tres abordajes buscan explicar las inequidades en salud. Aunque todos ellos partan del análisis de la distribución social de la enfermedad, su interpretación no se reduce a los aspectos biológicos, los que son integrados a las explicaciones sociales con distintos énfasis en la perspectiva de salud poblacional.

El abordaje *psico-social* enfatiza el peso que tiene la percepción del estatus personal en sociedades desiguales, lo que conduce a tensiones y peores condiciones de salud. De acuerdo con estos teóricos, la experiencia de vivir en situaciones de inequidad fuerza constantemente a las personas a comparar constantemente su estatus, posesiones y otras circunstancias de vida con otros, engendrando sentimientos de desvalorización y desventaja, produciendo conflictos y deterioros en la salud. A nivel social, las jerarquías de ingresos y de estatus debilitan la cohesión social. Estas investigaciones se han inspirado en una amplia literatura sobre las relaciones entre las percepciones sociales de inequidad, los mecanismos psico-biológicos y la situación de salud.

²Solar, Orielle & Irwin, Alec. Discussion paper for de Commission of Social Determinants of Health, Ginebra, Abril de 2007.



El abordaje de la *producción social de la salud/enfermedad* ha destacado explícitamente los determinantes económicos y políticos. No niegan las consecuencias psico-sociales de la inequidad en los ingresos, pero argumentan la necesidad de comenzar desde las causas estructurales de las inequidades. Desde este ángulo, interpretan que la inequidad refleja la falta de recursos de los grupos e individuos y la sistemática falta de inversión en la infraestructura (educación, servicios de salud, controles ambientales, disponibilidad de alimentos, calidad de vivienda, regulaciones de salud ocupacional, controles ambientales, transporte, etc.). Las decisiones políticas y los procesos económicos constituyen un conjunto de condiciones materiales que afectan la salud de la población.

Recientemente, el abordaje *eco-social* con múltiples niveles de referencia busca interpretar las inequidades en salud como causa y resultado de una relación dinámica, histórica y ecológica. Se propone estudiar los patrones comportamientos de salud, enfermedad y bienestar de una población como expresiones integradamente biológicas y de relaciones sociales y cómo, asimismo, las relaciones sociales influyen en las más básicas comprensiones de lo biológico y la construcción social de la enfermedad. Más que sumar lo biológico y lo social, este enfoque busca integrar una visión compleja de los cambiantes patrones de salud de la población.

Pero, ¿qué aportan estos tres distintos abordajes?

En verdad, logran una mejor comprensión de los **mecanismos** por medio de los cuales los determinantes sociales influyen sobre la salud, reconociendo explicaciones complementarias, explicaciones que no son mutuamente excluyentes:

- La *selección social*: desde esta mirada, la salud determina la posición socioeconómica y no el proceso inverso. La salud ejerce una importante influencia en el logro de posiciones sociales como resultado de la movilidad social, a través de la cual los sanos están en mejores condiciones de ascender que los que padecen enfermedades o discapacidades.
- La *posición social*, complementando el mecanismo anterior, determina la salud a través de factores intermediarios. Los problemas de salud tienen mayores posibilidades de desarrollarse en los grupos socioeconómicos más bajos, principalmente en forma indirecta. Las diferencias socioeconómicas en salud aparecen cuando la calidad de esos factores intermediarios se distribuyen entre diferentes clases socioeconómicas.
- La *perspectiva del curso de vida*, a lo largo de la vida individual, a través de generaciones y a nivel de poblaciones. Esta perspectiva permite detectar períodos críticos en la vida, la importancia del tiempo de exposición al riesgo y la acumulación de riesgos a lo largo del tiempo. Facilita, particularmente, la comprensión de la intervención “a tiempo” en el proceso temporal (infancia temprana, infancia, adolescencia, adultez).

Actividad Reflexiva

Revisando estos factores y mecanismos, le invitamos a analizar:

- ¿Cuáles son las características nacionales que en su país influyen en la forma y magnitud de las desigualdades y la inequidad en salud?
- ¿Qué aportan las distintas perspectivas o enfoques de los DSS para su interpretación?
- ¿Cuáles son las exposiciones diferenciales o mayor vulnerabilidad (que llevan a la mala salud), y sus consecuencias (de la mala salud)?
- ¿Cuáles son los resultados de salud diferenciales en las poblaciones y su extensión?
- ¿En qué medida el gasto público se orienta a la disminución de estas brechas de derechos y oportunidades?
- ¿En qué medida se desarrollan políticas intersectoriales para atacar a las causas profundas, de los determinantes sociales de la salud?



Para se buscar perspectivas sobre los DSS que sean más integrales

Un marco integral y estratégico para la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud adopta el concepto de **posición social** como el concepto central para interpretar los mecanismos de la inequidad en salud, como generadores de la distribución del poder, la riqueza y los riesgos, estratificando los resultados en salud.

Desde esta perspectiva integral, pueden reconocerse:

- **Determinantes Estructurales**, definidos por la estratificación social y sus mecanismos de mantenimiento.
- **Determinantes Intermediarios**, relativos a factores y circunstancias sociales específicas.

La estratificación social engendra la exposición desigual a las condiciones de riesgos de enfermedad y provoca la vulnerabilidad diferencial, en términos de condiciones de salud y recursos materiales disponibles, determinando consecuencias diferenciales de enfermedad para los grupos más vulnerables, tanto en el ámbito social y económico como en los resultados de salud *per se*.

El grado de cohesión social atraviesa y afecta tanto los factores estructurales como los intermediarios. La magnitud del problema alcanza al conjunto del contexto socio-económico y político, con impacto en la mortalidad y morbilidad y, simultáneamente, afecta al crecimiento económico y social.

El enfoque integral y estratégico sobre los Determinantes Sociales de Salud, implica

- Considerar la **estratificación social** como factor de importancia central en la comprensión de los DSS. Esta estratificación produce las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza en diferentes posiciones socioeconómicas.
- Considerar que los **mecanismos** que influyen en los resultados de salud a partir de la estratificación social operan de la siguiente manera:
 - El **contexto social** que asigna a los individuos y grupos diferentes posiciones sociales, creando y manteniendo las jerarquías, como el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas y los valores socio-culturales.
 - La **exposición diferencial** a la salud y los daños en salud y la **vulnerabilidad diferencial** en las condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales según grupos poblacionales.
 - Las **consecuencias diferenciales** en las condiciones de salud y enfermedad para los grupos con más desventajas.

A partir de estos determinantes y mecanismos estructurales, se desarrollan y operan determinantes **intermediarios**, que implican la concreción de situaciones específicas de importancia, configurando los resultados de salud:

- Las circunstancias **materiales**: calidad de vivienda, acceso al alimento y condiciones del ambiente físico.
- Las circunstancias **psico-sociales**: las tensiones sociales (stress, violencia, coacción, etc.), las tensiones de género y etnia, y el cambio o copia de los patrones y estilos de vida de otros grupos o contextos culturales.
- Los factores **biológicos y comportamentales**: como los patrones de nutrición, la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco, los factores genéticos.

¡Aunque complejo, no se debe olvidar!

Para construir un **enfoque integral y estratégico** es importante, ante todo, considerar que cualquier esfuerzo serio para reducir las inequidades en salud implica cambiar la **distribución del poder** dentro de la sociedad beneficiando a los grupos con más desventajas y actuando en varios niveles. La acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud constituye un **proceso**



político que involucra a las agencias sociales de la comunidad y al Estado, basado en la acción colectiva. El análisis del impacto del poder social sobre la salud sugiere que el empoderamiento de los grupos vulnerables y con menores ventajas es vital para reducir las inequidades en salud.

Implicaciones para las políticas y para la política:

El análisis de estos factores lleva a definir la necesidad de:

- Superar los enfoques despolitizados en el **rol del Estado** para la promoción de la equidad.
- Generar **políticas intersectoriales** que ataquen las causas profundas de la vulnerabilidad diferencial y la exposición diferencial a los riesgos.

Un importante determinante social de la salud que no deberíamos ignorar

Sistemas de salud: Muchas veces ignorado como un determinante social de la salud.

Gran parte de la investigación sobre políticas de salud ha destacado sus esfuerzos en la forma de abordar los problemas de salud, centrándose en acciones curativas y de mejora de la eficacia de los servicios de salud. Por otro lado, una proporción considerable de la investigación en salud pública hace hincapié en las acciones para prevenir las enfermedades entre las personas en grupos de alto riesgo, dando preferencia a las acciones individuales sobre estilos de vida. También dentro de la literatura SDH, diversos modelos de análisis de SDH han puesto su atención sobre el papel que desempeña la organización de los sistemas de salud de modo que puedan mejorar la equidad en salud. El Informe Final de la Red de Conocimiento sobre el Sistema de Salud³ aborda explícitamente esta cuestión y afirma que los sistemas de salud son el resultado de procesos sociales y políticos. Como consecuencia de ello los sistemas de salud son determinados socialmente y, de hecho, son un determinante social de salud. La organización y los valores incorporados en un sistema de salud pueden afectar a las personas, a la exposición y la vulnerabilidad. Adecuadamente diseñados los sistemas de salud pueden hacer frente al problema de la desigualdad en la exposición y a la vulnerabilidad entre los grupos de población, por ejemplo, mejorando la equidad en el acceso, mediante la promoción de la acción intersectorial, estimulando a las comunidades a participar en procesos de toma de decisiones, o mediante la adopción de políticas públicas innovadoras en materia de salud.

La atención primaria de la salud (APS) y el interés en los DSS tienen mucho en común. Ambos conceptos priorizan la importancia de la equidad en salud y la justicia social. La APS es un enfoque que permite organizar los sistemas de salud y una sociedad más amplia con el objeto de alcanzar la equidad en salud (como se refleja en la meta “Salud para Todos” de la declaración de Alma-Ata). Los DSS ofrecen un análisis del porqué de la existencia de las inequidades en salud que abarcan a la sociedad en su conjunto. Reducir las inequidades en salud constituye el argumento más imperioso para la APS y las acciones sobre los DSS. La APS y los DSS también comparten una visión amplia de la salud entendida como derecho humano que se remonta a la Constitución de la OMS en el año 1948. Ambos conceptos hacen especial hincapié en la promoción y prevención de la salud y en aumentar las capacidades de las personas para acceder a los recursos necesarios para mantenerse saludables y protegerse de las enfermedades.

La APS y los DSS también se centran en el papel que desempeñan las comunidades para garantizar su salud. La APS subraya la importancia de que los servicios de salud respondan a las necesidades de la comunidad y faciliten la participación comunitaria en términos de prestación de servicios y formulación de políticas sanitarias. El análisis de los DSS considera el impacto sobre la salud de los factores comunitarios, como la inclusión y exclusión social, el estatus social relativo y la ayuda y flexibilidad

³Health System Knowledge Network (2007), WHO/CSDH http://www.who.int/social_determinants/en



comunitarias. Las acciones sobre los DSS también exige el empoderamiento de las comunidades marginalizadas y las estructuras de gobierno que genuinamente expresan la voz de todos.

Como resultado, implementar la APS y las acciones sobre los DSS exige un fuerte interés en las acciones intersectoriales para la salud, es decir, políticas e iniciativas que van más allá del sector de la salud y que son necesarias para proteger y promover la salud. Las acciones intersectoriales fueron un principio clave de la declaración de Alma Ata, las que se reconfiguraron más recientemente como “salud en todas las políticas” en la región europea. La APS reconoce que el sector de la salud no es el único que contribuye a mejorar la salud. El discurso sobre los DSS demuestra claramente de qué manera las inequidades en salud no obedecen exclusivamente a la falta de acceso a los servicios de salud, sino a la influencia de inequidades en otros sectores, por ejemplo vivienda, trabajo, educación o ingresos. Así, las acciones sobre los DSS involucran a la sociedad toda, mientras que el sector de la salud, aunque importante, es sólo uno entre muchos otros en los que se requiere la adopción de acciones inmediatas si se tiene como meta reducir las inequidades en salud.

En conclusión, la APS necesita la información que los análisis de los DSS pueden brindarle y la guía de sus acciones a fin de lograr el objetivo de la equidad en salud. Esto requiere políticas públicas que abarquen a todos los sectores que actúan sobre los DSS con el objeto específico de promover y proteger la salud. Más aún, de acuerdo con el enfoque de la APS, los sistemas de salud necesitan ser informados y dirigir sus acciones sobre los DSS en toda la sociedad, al tiempo que promueven la participación social para la formulación de políticas orientadas a proteger la salud.

Para saber más

Lo invitamos a acceder a lecturas complementarias:

Sen, Amartya, “¿Por qué la equidad en salud?”, Rev Panam Salud Pública, vol. 11, N° 5-6, Washington, May/June 2002, pp. 302-309. Texto completo disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci_arttext

OMS & Agencia de Salud Pública del Canadá, Acción intersectorial para la equidad en salud, OMS/Agencia de Salud Pública del Canadá, 2008
http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/otras_publicaciones/health_equity_isa_2008_es.pdf

Whitehead, M., “The concepts and principles of equity in health”, OMS – Escritorio Regional de la Europa
<http://www.euro.who.int/document/PAE/conceptsrpd414.pdf>



Banco de casos de situaciones-problema de desigualdad o inequidades sociales

Desigualdad o inequidad social en la salud y equidad social en la salud

Desigualdades (o inequidades) sociales en el campo de la salud es un término que refiere a las disparidades de salud dentro de un mismo país o entre diferentes países. Desigualdades que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables ni irremediables) y que gravan sistemáticamente a poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales. De este modo, las desigualdades (o inequidades) sociales en el campo de la salud no son sinónimo de "desigualdades en la salud", dado que esta última expresión puede ser interpretada como referida a cualquier diferencia, y no específicamente a las disparidades injustas. Por ejemplo, las medidas de las "desigualdades en la salud" propuestas recientemente cuantifican deliberadamente la distribución de la salud en las poblaciones sin ninguna referencia a los grupos sociales ni a las desigualdades sociales en el campo de la salud.⁴

Visitando algunos casos, cuyas características pueden reiterarse en distintos contextos

Lea las situaciones presentadas. Le sugerimos que realice la lectura en forma secuencial y anote en su Cuaderno de Registro y Reflexión sobre los DSS sus reflexiones basadas en las dos siguientes preguntas:

- ¿Estas situaciones son similares o distintas en su país, región o localidad?
- ¿Qué nos puede contar de su país, región o localidad, qué se hace para enfrentar las inequidades sociales?

Inequidades en la mortalidad materna en áreas urbanas

Ya se sabe que, incluso en países desarrollados, los grupos poblacionales desfavorecidos en lo socioeconómico, viven menos y tienen más episodios de enfermedad que los más ricos. En la ciudad de San Pablo (Brasil), la mortalidad materna se encontraba cerca de 40/100.000 en el año 2003. En la periferia urbana de la misma ciudad la mortalidad materna llegaba a 65/100.000, y entre las mujeres negras las tasas alcanzaban al 1200/100.000.⁵

Inequidades en esperanza de vida entre países

Existen diferencias dramáticas, globalmente, en el grado en que las personas pueden desarrollar vidas saludables. Los niveles de salud son claves para medir esas diferencias. Una mujer en Botswana tiene una expectativa de vida de 34 años, mientras que una mujer en Japón alcanza los 86. El resto del mundo se distribuye entre estos extremos, con diferencias dentro de cada país según distintos estratos socioeconómicos.

⁴-Krieger, N (2002) Glosario de Epidemiología Social, Rev Panam Salud Publica vol.11 no.5-6 Washington May/June 2002
http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n1-glosario.htm parte 1
http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n2-glosario.htm parte 2 . Acceso en septiembre 2008.

⁵-Secretaría Municipal de Salud de Sao Paulo, Brasil. Datos de 2004.



Inequidades en la salud reproductiva de adolescentes

En el área industrial de la región metropolitana de San Pablo (específicamente en el municipio de Santo André), a fines de los años noventa, adolescentes del sexo femenino presentaron tasas de fecundidad tres veces superiores a las tasas presentadas por adolescentes de la misma edad que viven en áreas de inclusión social.⁶

Inequidades entre los resultados en salud relacionados con educación

En El Salvador, por ejemplo, si la madre no tiene escolaridad sus bebés tienen 100 oportunidades sobre 1000 de morir en el primer año de vida. En cambio, si las madres tienen al menos la educación secundaria, la tasa de muerte infantil se reduce a la cuarta parte.

Pobreza, migración, género, condiciones laborales y de protección social, cultura

“María Álvarez es una mujer de 18 años, proveniente de una población rural que emigró hacia la capital en busca de mejores oportunidades para ella y su hija de tres años de edad.

María sólo sabe leer y escribir. Abandonó la escuela, para dedicarse a trabajar en el campo y criar a su hija, tras ser abandonada por su pareja. Cuando la hacienda donde trabajaba se cerró, por la instalación en la región de una “zona franca” más competitiva, migró a la ciudad. Su baja escolarización le impidió acceder a otro trabajo en esa zona franca.

Llegando a la ciudad, unos familiares que habitaban en un asentamiento periférico le consiguieron un trabajo como doméstica, donde fue aceptada por el salario mínimo y sin afiliación al seguro social.

Al cabo de un mes, su pequeña hija enfermó de Hepatitis, por lo que María tuvo que llevarla de urgencia al Hospital Público. Una vez ingresada, al diagnóstico de hepatitis se agregó su estado de desnutrición. Aunque el hospital es gratuito, le informaron que debía pagar por los exámenes de laboratorio, y algunas medicinas que estaban fuera de la “lista básica”.

Los patrones de María le dijeron que no podía seguir trabajando en la casa, por temor al contagio que podría acarrear a los miembros de la familia, en especial a su hijo. Con el dinero del mes trabajado, solamente pudo pagar los gastos de la primera semana de hospitalización de su niña.

A los diez días de hospitalización, la niña falleció de hepatitis fulminante agravada por el cuadro de desnutrición previo. Actualmente María trabaja de mesera en un bar y eventualmente ejerce la prostitución”.

⁶ Duarte et alii Gravidéz na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Rev Panam Salud Pública. 2006; 19(4): 236-243
[Http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n4/30332.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n4/30332.pdf)



Calidad diferencial de atención, servicios

Doña María, de 42 años, habitante de la comunidad del municipio de Masaya, acude a la Unidad de Salud más cercana, en búsqueda de atención para su hijo de 6 meses. El pequeño niño presenta un cuadro de vómitos, temperatura de 39,7 grados centígrados y diarrea con 24 horas de evolución.

María llega con el bebé a la Unidad de Salud a las 7:30 a.m. y solicita atención. Recibe el número 68 para ser atendida en morbilidad general. Luego de una espera de media hora, le tomaron la temperatura físicamente al niño y ambos fueron remitidos a la URO, donde se inició el llenado del expediente, tarea que duró 15 minutos más.

El niño siguió con vómitos, diarrea y la temperatura siguió subiendo. En ese momento, el niño convulsiona y es trasladado al Hospital más cercano. Finalmente, llega a la sala de emergencia del Hospital e inicia de nuevo el proceso administrativo para realizar el ingreso, falleciendo en observación mientras estaba siendo canalizado.

Etnia, acceso a la atención, género, cultura, pobreza, vulnerabilidad

Los pueblos amerindios fueron los primeros sujetos de la historia humana de la Baja América Central. Se ha considerado que los pueblos indígenas que han mantenido costumbres similares a sus antepasados conservaban buenas condiciones de salud y sobrevivencia. Actualmente, los cambios resultantes de la globalización han provocado una transición demográfica, epidemiológica y cultural con un impacto negativo en salud.

Hoy los amerindios son las minorías étnicas y los que sufren mayor marginación pese a su larga historia de resistencia a la dominación, sus derechos ciudadanos siguen siendo limitados en educación, en la participación política efectiva y en el acceso a los servicios de salud.

La principal actividad es la agricultura. Las condiciones de acceso a los servicios de salud de las mujeres dependen de su ubicación geográfica y de las barreras del idioma. Algunos de los pueblos conservan su lengua (Bribri y Cabecar). Muchas de las mujeres no son bilingües, a diferencia de los hombres.

El acceso a la atención del embarazo y parto de las mujeres indígenas que habitan en el distrito Bratsi, localizado geográficamente al sur-este de Costa Rica, limitando con Panamá es muy deficitario. Aquí se encuentran grupos étnicos amerindios que hablan Chibcha. El Cantón de Talamanca posee uno de los índices de desarrollo humano (IDH) más bajos del país.

Las localidades se encuentran divididas según su ubicación geográfica en: localidades antes de cruzar los ríos (no existen puentes), localidades después de los ríos (Valle Talamanca) y localidades en los altos de las montañas. Los dos últimos grupos de localidades, tienen dispersa su población, a veces con más de un kilómetro entre los ranchos.

El riesgo de muerte infantil del cantón de Salamanca duplica el riesgo de muerte a nivel nacional y la desnutrición infantil en edades tardías (24-35 meses) se atribuye a la pobreza y escasa cobertura de programas de Nutrición en la zona.



Actividad de integración

Actividad de integración

Recuperando sus anotaciones, le invitamos a que analice las siguientes cuestiones:

¿Cómo observa en su localidad la inequidad en salud?, ¿sobre qué grupos sociales se manifiesta con mayor énfasis?

¿Cuáles son las respuestas del gobierno ante esta situación? ¿qué grado y en qué espacio la comunidad participa activamente para mejorar las condiciones de vida?

Identifique las fortalezas y debilidades del sector salud para atender las problemáticas sociales que impactan en la salud de su población.

Éxito en esta tarea, y seguimos en la Unidad 2!