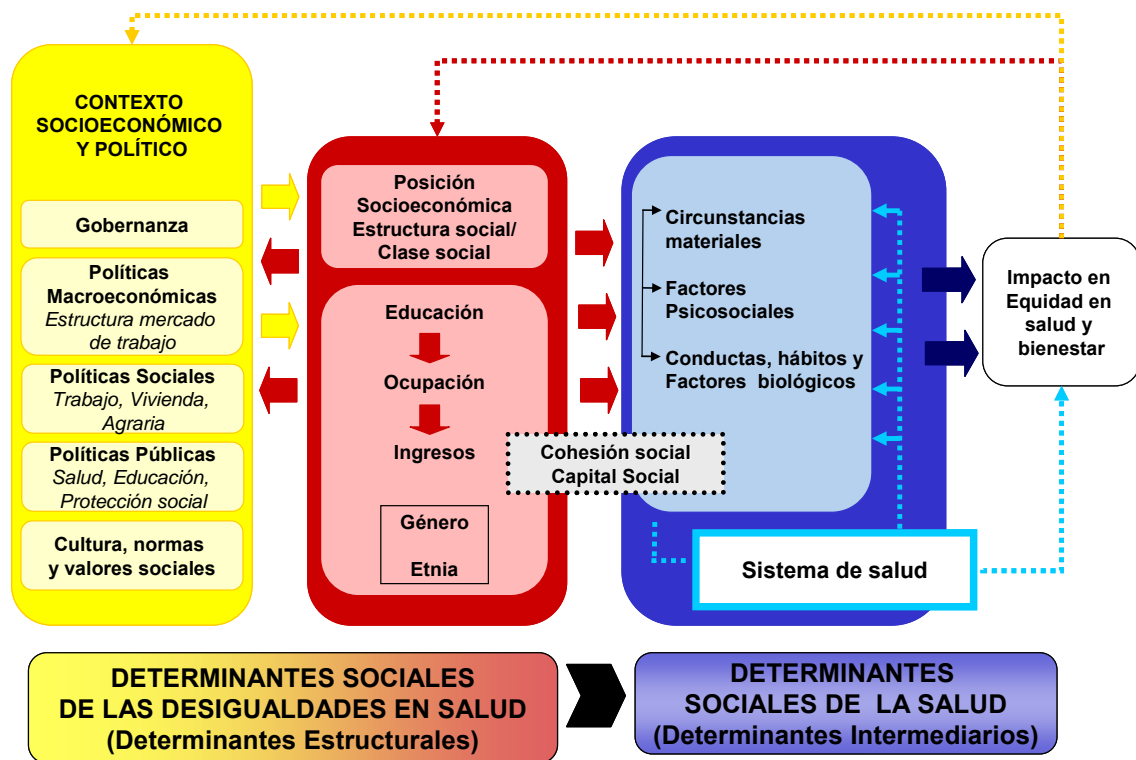


3. Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS

En este capítulo se va a analizar el marco de los DSS de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS y el papel de la intersectorialidad y la participación social en su abordaje.

En la figura 9, se puede observar el esquema de este marco. La descripción del mismo se realiza en los apartados siguientes. Para ampliar la información de este capítulo, se puede consultar el documento de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS¹³.

Figura 9: Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006.

¹³ WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT April 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS incluye dos categorías principales de determinantes sociales:

1. Determinantes intermediarios de la salud (cuadro azul):

Los determinantes intermediarios son los factores que influyen directamente en la salud, a través de las conductas relacionadas con la salud y los factores biológicos y psicosociales (cuadro azul de la figura 9). Integran los siguientes elementos:

- Las circunstancias materiales. Incluyen determinantes relacionados con los entornos físicos, como la vivienda (incluyendo las condiciones de la misma, como la localización y el tipo de vecindario), el consumo potencial (por ejemplo, el presupuesto para comprar alimentos saludables, ropa de abrigo...), las condiciones de trabajo y las características físicas del barrio en el que se vive. Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, llegan a constituirse en recursos positivos para la salud o por el contrario pueden suponer un riesgo para la salud.
- Las circunstancias psicosociales. Incluyen factores de estrés psicosocial, como por ejemplo, eventos negativos en la vida o condiciones de vida estresantes o, por el contrario, factores psicosociales positivos, como las redes y el apoyo social, entre otros. Los diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes experiencias y situaciones vitales que explican los patrones psicosociales que se dan a largo plazo asociados a las desigualdades en salud.
- Los hábitos o conductas relacionadas con la salud, que incluyen, por ejemplo, la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y el grado de actividad física. Según el patrón de exposición y vulnerabilidad, éstos pueden constituirse en factores protectores que potencian la salud, como la actividad física, o por el contrario ser perjudiciales para la salud como el consumo de tabaco o las dietas no saludables. Un elemento a destacar es que los hábitos o “estilos de vida” son el resultado de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja, siendo la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de conducta.
- El sistema de salud[☞] propiamente dicho, puede intervenir directamente sobre las diferencias de exposición y vulnerabilidad, a través de un acceso equitativo al sistema de salud y la promoción de acciones intersectoriales que permitan mejorar el estado de salud. También, el sistema de salud actúa como amortiguador de las consecuencias de una enfermedad o incapacidad en la vida de las personas, al asegurar que el problema de salud no se traduzca en un deterioro en su status social y a la vez facilite la reintegración social de las personas con discapacidad o enfermas. El sistema de salud, por

[☞] Ver definición de sistema de salud en el Glosario

tanto, contribuiría potencialmente a disminuir las consecuencias que las desigualdades sociales tienen en la salud, sobre todo, un sistema de salud universal como el español. No obstante, es necesario recalcar que el sistema de salud es un determinante más y, como tal, no puede por sí solo disminuir las desigualdades sociales en salud aunque contribuya a paliarlas.

- Cohesión social y capital social. El concepto de cohesión social considera, por un lado, el conjunto de mecanismos de integración que existen en una sociedad, y por otro las percepciones de la ciudadanía sobre cómo funcionan dichos mecanismos. Estas percepciones determinan, a su vez, el sentido de pertenencia al colectivo social por parte de los grupos que lo conforman. Se puede afirmar que la discriminación es un determinante de la cohesión social que justifica la intervención del Estado para enfrentarla. No existe una definición única de capital social. Sin embargo, más allá de la variedad de definiciones, hay cierto consenso en considerar que se trata de un recurso intangible y dinámico que existe en el colectivo social y abarca elementos como la confianza, la participación, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a una comunidad.

2. Determinantes estructurales: Posición socioeconómica y contexto socioeconómico y político

Los determinantes estructurales influyen en la salud a través de los determinantes intermedios, constituyendo las “causas de las causas” de las desigualdades en salud. Incluyen:

- La posición socioeconómica (PSE, cuadro rojo de las figuras 9 y 10). Se refiere a los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos tienen dentro de la estructura de una sociedad. La PSE se entiende como un concepto agregado que incluye la medición integrada del acceso a recursos y el prestigio en las sociedades, vinculándose a la clase social (Marx; Weber; Krieger, Williams y Moss). De forma general hablamos de dos principales mediciones asociadas a la PSE:
 - a) Medición basada en recursos: se refiere al acceso a recursos materiales y sociales, incluyendo ingresos y salario. Los términos que se usan cuando dichos recursos son insuficientes e inadecuados incluyen pobreza y privación.
 - b) Medición basada en prestigio: se refiere a un ranking individual o de estatus en la jerarquía social, típicamente evaluado en referencia a la calidad de acceso y consumo de bienes, servicios y conocimiento. Para su medición nos referimos al prestigio asociado a la ocupación, ingreso y nivel educacional dado por las redes sociales, y los beneficios asociados a la ubicación en dicho estatus.

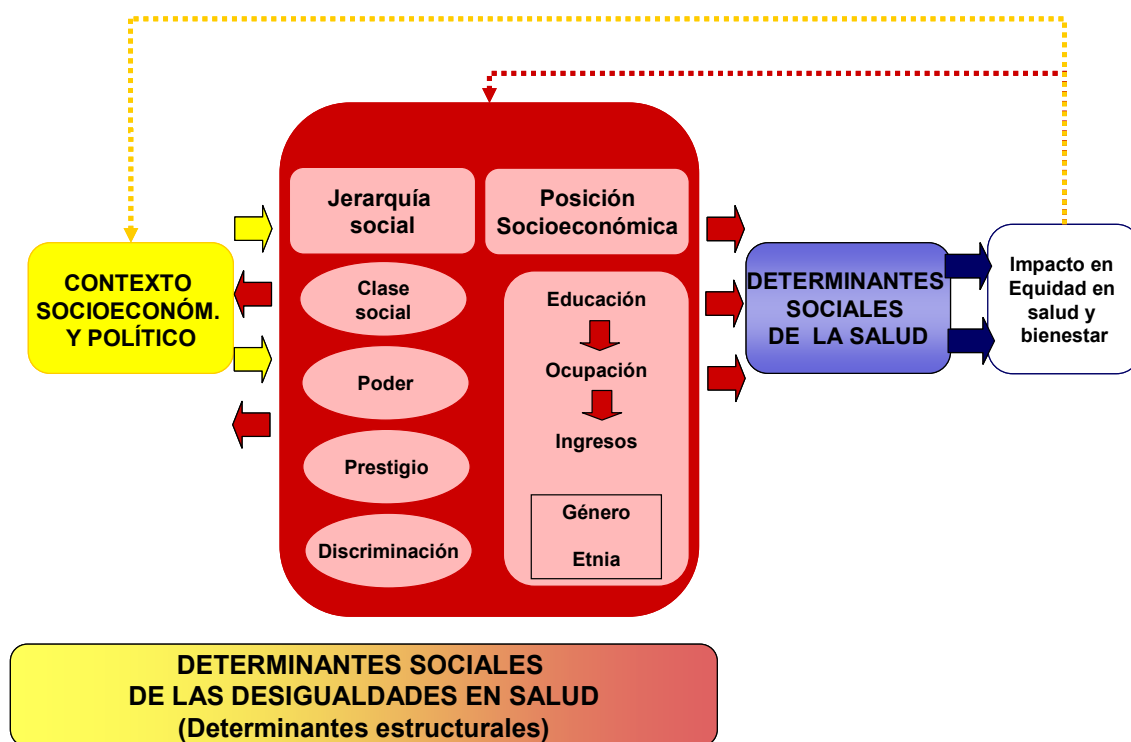
Para el análisis de la PSE se utilizan aproximaciones (proxies) para medir la estratificación social, como son ingresos, educación u ocupación:

- Ingresos: es el indicador de PSE que mide de manera más directa el componente de recursos materiales. Presenta un efecto acumulativo a lo largo del curso vital y es el indicador de PSE que puede variar más en un corto periodo de tiempo. Los ingresos pueden afectar a la salud mediante: (1) el acceso a recursos materiales de mejor calidad, (2) acceso a servicios que mejoran la salud directa (como los servicios de salud) o indirectamente (como la educación), (3) provisión de características materiales externas relevantes para la participación social, (4) selección por salud[☞], ya que el nivel de ingresos puede afectarse por el estado de salud.
- Educación: es un indicador utilizado frecuentemente, como variable continua (años de educación completa) o categórica (marcando metas educacionales). La educación engloba la transición desde la PSE de los padres a la propia PSE en la vida adulta, y es un determinante de los ingresos y empleos futuros. A su vez, los conocimientos y habilidades adquiridos a través de la educación pueden afectar a las funciones cognitivas de la persona y hacer que sea más receptiva a mensajes de educación para la salud, o que tenga mayor capacidad de comunicarse con los servicios de salud. Por otro lado, una situación de mala salud durante la infancia puede limitar la asistencia y los logros educativos.
- Ocupación: los indicadores de PSE basados en la ocupación se utilizan también de manera frecuente. La ocupación refleja la posición dentro de la jerarquía social y puede estar relacionada con resultados en salud debido a determinados privilegios que presentan aquellos con una posición más elevada; a su vez, está relacionada con los ingresos, por lo que la asociación con la salud puede ser directa a través de los recursos materiales que se tienen. La ocupación también está en relación con redes sociales, estrés laboral, control y autonomía, por lo que puede afectar a la salud a través de estos procesos psicosociales, al igual que a través de las condiciones físicas y ambientales del trabajo.

Dentro del marco, el **género** y la **etnia** tienen un papel relevante en los campos del prestigio y de la discriminación.

[☞] Para más información sobre el concepto de selección por salud, consultar Ki, M. Health selection and Health Inequalities. Doctoral thesis, UCL (University College London). 2009. Disponible en: <http://discovery.ucl.ac.uk/18913/>

Figura 10: Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Determinantes estructurales: jerarquía social y posición socioeconómica.



Fuente: Solar O Irwin A. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006.

■ Contexto socioeconómico y político (cuadro amarillo de la figura 9).

Llamamos contexto socioeconómico y político a las diversas realidades en las que está inmersa una sociedad, el marco en el que se desarrolla.

La posición socioeconómica está definida y modelada en gran parte por el contexto sociopolítico y económico. Estos contextos modelan las condiciones sociales generadas por la estratificación y/o exclusión social.

El contexto incluye:

- Gobernanza en un sentido amplio, que incluye patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y transparencia en la administración pública.
- Políticas Macroeconómicas, incluyendo balance fiscal y monetario, deuda fiscal y balance de pago, tratados y políticas sobre el mercado laboral, etc.
- Políticas Sociales que afectan a factores como el trabajo, la propiedad y la distribución de las tierras y vivienda; así como las condiciones del entorno en el que se vive y que afectan a la calidad de vida de las personas.

- Políticas Públicas en áreas como educación, bienestar social, salud, urbanismo, etc.
- Cultura y valores presentes y predominantes en la sociedad.

En síntesis, el contexto económico, político y social (que incluye el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas y los valores socioculturales) crea y mantiene una jerarquía social, que asigna a los grupos y los individuos una diferente posición socioeconómica. Esto implica un acceso y una exposición diferentes por parte de ciertos grupos a las condiciones materiales, a los factores psicosociales y a las conductas o hábitos asociadas a la salud, que llevan además a diferencias en la vulnerabilidad social e individual, así como, a distintas consecuencias sociales, económicas y de salud frente a un determinado evento negativo, que por ende, se traduce en distintas consecuencias en la salud, según sea la ubicación en la escala social.

INTERSECTORIALIDAD

Tal y como se ha visto en el modelo, los determinantes estructurales de las desigualdades en salud requieren un trabajo desde políticas que van más allá del sector salud. Si se pretende trabajar desde la raíz de las desigualdades en salud, por tanto, es necesario un enfoque intersectorial.

La mayoría de los factores que generan las desigualdades se sitúan fuera del sector salud, por lo que el trabajo del sector salud es dar visibilidad a estas desigualdades en salud asociadas a las acciones de los otros sectores para que se sensibilicen e impliquen en el abordaje de la DSS.

Se deberá priorizar aquellos sectores con los que se requiere un trabajo estratégico, caracterizar el tipo de relación o implicación que existe con ellos y las posibles acciones concretas a realizar para la construcción de intersectorialidad con dichos sectores.

Para que el trabajo con otros sectores sea posible, debe existir evidencia de que la solución del problema no puede ser alcanzada por un solo sector y debe percibirse que los beneficios de la coordinación o cooperación superan los costes. Aplicada en la planificación de políticas o programas, la intersectorialidad debe contar con acuerdos institucionales ad hoc que condicionen cambios en la estructura o en la gestión de las instituciones. Es importante señalar que la coordinación tiene como resultado una pérdida de autonomía organizativa, por lo que puede generar resistencia.

Existen distintos modelos de trabajo con otros sectores o tipos de acción intersectorial¹⁴ ([ver figura 11](#)):

¹⁴ Solar O, Valentine N, Albrech D, Rice M (2009) Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. In: 7th Global Conference For Health Promotion, Nairobi, Kenya.

- **Informativa:** Presentación de los resultados del análisis o problema a otros sectores. Relación unidireccional que normalmente está asociada con recomendaciones por parte del sector salud a otros sectores. Se puede concebir como primer acercamiento para la construcción de un lenguaje común y un entendimiento por parte de cada sector de la lógica y las prioridades del otro, de cara a identificar los puntos en común y los aspectos clave para el desarrollo de un proceso de trabajo conjunto.
- **De Cooperación:** Interacción entre sectores para lograr mayor eficiencia de las acciones de cada sector sobre un tema que supone interés y beneficios para los sectores implicados. Pretende optimizar los recursos de los distintos sectores, establecer cierta formalidad en la relación de trabajo y tiene como resultado una pérdida de autonomía de cada sector. Está fundamentalmente presente en la ejecución e implementación de políticas pero no en su formulación.
- **De Coordinación:** Trabajo conjunto que implica el ajuste de las políticas de cada sector en búsqueda de mayor eficiencia y efectividad, y apunta a un trabajo horizontal en red. Normalmente existe una financiación común, lo que es de gran importancia ya que para crear sinergias en la administración pública (o al menos evitar influencias negativas) es necesario ampliar la perspectiva de los temas o problemas que se están abordando para desarrollar un marco lógico inclusivo. Esto se traduce en una mayor dependencia entre los sectores y por tanto en una pérdida de autonomía de cada uno de ellos.
- **De Integración:** Trabajo integrado que implica definir de forma conjunta una política o programa único que involucra a más de un sector. La integración de políticas puede ir acompañada de autonomía de los sectores implicados, ya que su formulación, diseño y financiación son pactados y adaptados en función de un objetivo social común y no de los requerimientos específicos de los sectores. El trabajo intersectorial integrado requiere frecuentemente la existencia de una función de gestión transversal.
- **Salud en todas las políticas:** Estrategia gubernamental que busca mejorar la salud a través de estructuras, mecanismos y acciones planeadas y gestionadas principalmente por sectores distintos de salud, que se sustenta en el abordaje de determinantes sociales como un puente entre políticas y resultados en salud, y en donde la reducción de las desigualdades es en salud es uno de los productos principales y centrales¹⁵. Es un paso adicional o complementario a la integración. En este sentido, la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas¹⁶ plantea que este enfoque funciona mejor cuando existe: un mandato claro que haga imperativo un

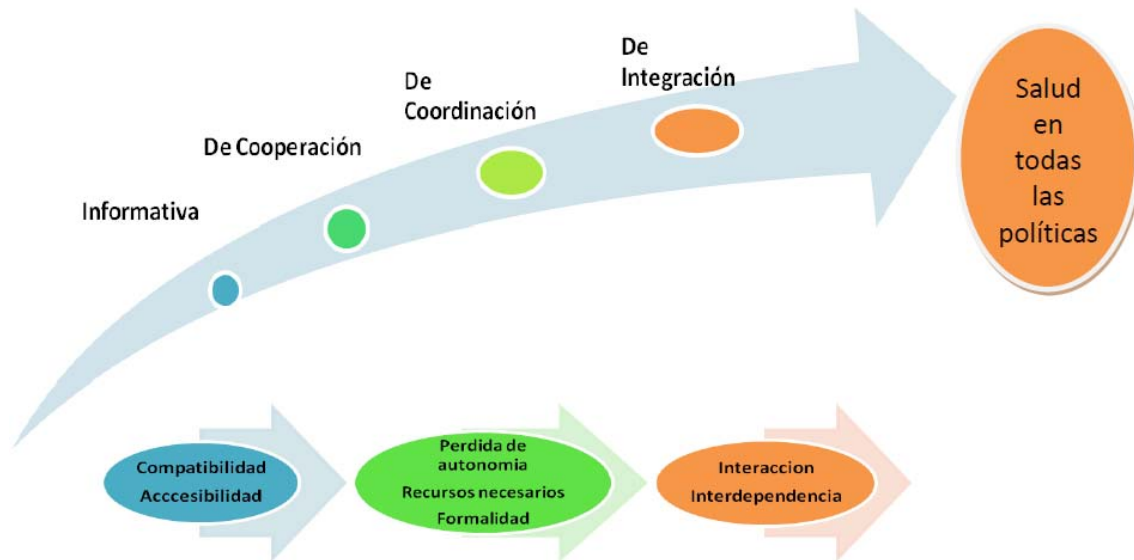
¹⁵ Adapted from Ståhl et al. Ministry of Social Affairs and Health. Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland 2006. Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

¹⁶ Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.

gobierno conjunto, procesos sistemáticos que tengan en cuenta las interacciones entre los distintos sectores, mediación entre los diferentes intereses, rendición de cuentas, transparencia y procesos de participación, compromiso de partes interesadas ajenas al gobierno, e iniciativas intersectoriales prácticas que creen alianzas y confianza.

Figura 11: Modelos de trabajo con otros sectores o tipologías de intersectorialidad.



Fuente: Solar O., Valentine N., Netherland Adaptado de Policy Integration. E. Meijers¹⁷

Es importante resaltar que estas distintas tipologías de relación entre sectores coexisten en el tiempo, tanto en las relaciones con un determinado sector como en los diferentes niveles de organización y gobierno (nacional, regional, local y comunitario), y no necesariamente representan etapas progresivas de desarrollo. Pueden darse ventanas de oportunidad y condiciones políticas que permitan el salto a la integración o a la salud en todas las políticas desde por ejemplo, una relación previa de coordinación.

El tipo de práctica intersectorial que se lleva a cabo en un país o región está relacionada con la visión de la salud que tiene una determinada sociedad, y cuál es el foco de las intervenciones de salud pública asociado a esta visión. En la siguiente tabla se muestra un esquema de las tres principales tendencias de acción actuales de la salud pública -a) intervenciones enfocadas a la enfermedad, b) a la prevención de factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludables, principalmente mediante estrategias individuales, y c) a la producción social de la salud, teniendo en cuenta los DSS- poniéndolas en relación con los patrones predominantes de las relaciones que establece el sector salud con otros sectores.

¹⁷ Meijers E., Stead D. (2004). Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review. Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies – Interlinkages and Policy Integration

Foco de acción de las intervenciones	Enfermedades	Prevención y promoción de estilos de vida saludables	DSS: enfoque de producción social de la salud *
Patrón predominante de relación con otros sectores	Información-Cooperación	Cooperación-Coordinación	Integración-Salud en todas las políticas
Resultados de la acción intersectorial	Acciones conjuntas sobre un determinado problema o enfermedad. Ej. campaña informativa	Intervenciones para el control o la eliminación de factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludables. Ej. regulación tabaco	Planes conjuntos con presupuesto compartido. Ej. Intervenciones estructurales

Fuente: Adaptado de Solar O, Valentine N, Albrech D, Rice M (2009) Moving forward to Equity in Health: what kind of intersectoral action is needed?. An approach to an intersectoral typology.

- * Las actividades de promoción de la salud deberían recoger siempre el tercer enfoque, que ya estaba presente en la carta de Ottawa¹⁸ como una de las cinco estrategias recomendadas para promocionar la salud “la creación de políticas públicas saludables”. Por otro lado, la equidad ha estado desde el inicio, en el centro de las actividades de promoción de la salud pero en la práctica no siempre se ha conseguido un abordaje real. La existencia del enfoque de salud en todas las políticas no garantiza que la ganancia en salud se distribuya equitativamente en toda la población; por ello, las metodologías y prácticas de reorientación hacia la equidad son imprescindibles para conseguir la máxima efectividad de las acciones.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

En relación a la participación social, el fundamento de su importancia es que si la base de las desigualdades está en la distribución desigual del poder, la participación real constituye uno de los mecanismos de redistribución de poder, y por ende contribuiría a modificar las desigualdades, al darle mayor espacio de acción e intervención en la jerarquía social existente, tanto a nivel global como a nivel de la EPA. La participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones es vital para asegurar el poder y control de las personas en el desarrollo de las políticas.

Existen distintos mecanismos y modalidades de participación:

- **Informativa:** Dar información equilibrada y objetiva a las personas para ayudarlas a comprender el problema, las alternativas, oportunidades y / o soluciones.

¹⁸ OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra, 1986.

- **Consultiva:** Obtener retroalimentación de las comunidades afectadas en el análisis, alternativas y / o decisiones.
- **Participativa:** Trabajar directamente con las comunidades durante el proceso, para garantizar que las preocupaciones y aspiraciones públicas sean bien entendidas y consideradas.
- **Colaborativa:** Asociarse con las comunidades afectadas en cada uno de los aspectos de la decisión, incluido el desarrollo de alternativas y la identificación de la solución preferida.
- **Empoderamiento:** Con el fin de garantizar que las comunidades tengan “la última palabra” y, en última instancia, el control sobre las decisiones clave que afectan a su bienestar.

Es necesario planificar la participación social para que ésta sea efectiva. En este sentido, South Lanarkshire Council desarrolló una rueda de participación que muestra como determinadas técnicas de participación permiten alcanzar distintos objetivos (figura 12)¹⁹.

Figura 12. Rueda de la participación.



Fuente: Davidson, S. Spinning the wheel of empowerment. *Planning*, 1998; 1262: 14–15.

¹⁹ Davidson, S. Spinning the wheel of empowerment. *Planning*, 1998; 1262: 14–15.