

## 4. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, LA ENFERMEDAD E INTERVENCIONES<sup>1</sup>

Antonio Ivo de Carvalho  
Paulo Marchiori Buss

La búsqueda de la salud es un tema del pensamiento y del quehacer humano desde tiempos inmemoriales. La lucha contra el dolor, el sufrimiento, la incapacidad y, sobre todo, contra la muerte siempre ha movilizad las energías humanas, sus capacidades racionales, sus emociones, para explicar y así intervenir en esos fenómenos, siempre fugaces en su híbrido de manifestaciones objetivas y sensaciones subjetivas. A lo largo de la historia humana, se han presentado marcos explicativos para dichos fenómenos, siempre dentro de los límites de la comprensión humana sobre sí mismo y sobre el mundo, y siempre en la búsqueda, a veces dramática, de acciones prácticas para intervenir en ellos, ya sea en el mundo físico, o en el metafísico.

Hace mucho tiempo que la lucha contra las enfermedades y la búsqueda de la salud salieron del ámbito privado de las vidas individuales y del empleo empírico de conocimientos primitivos. Hoy en día se movilizan progresivamente refinados saberes, se producen y distribuyen a gran escala conocimientos científicos y tecnológicos, buscando revelar los complejos procesos biológicos y sociales que se encuentran involucrados.

Sin duda, el tema de salud está hoy en día en el punto más alto de la agenda pública mundial. Al centro de ese proceso, se encuentra el concepto de la salud como una compleja producción social, donde los resultados para el bienestar de la humanidad son cada vez más el fruto de decisiones políticas que inciden sobre sus determinantes sociales.

---

<sup>1</sup> Este texto ha sido escrito en portugués y traducido al español. El original fue publicado en Carvalho AI e Buss P. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p.141-166

## DETERMINANTES DE LA SALUD: ANTECEDENTES REMOTOS

*La enfermedad es más antigua que el hombre, es tan antigua como la vida, porque es un atributo de la propia vida.*

George Rosen

Se puede decir que el esfuerzo humano por comprender el proceso salud-enfermedad e intervenir en él desde siempre se ha enfrentado con la intervención de varias clases de factores determinantes: físicos o metafísicos, naturales o sociales, individuales o colectivos. Tales factores se combinaban para hacer predominar, algunas veces, una visión ontológica de la enfermedad (la enfermedad como una 'entidad' que se apoderaba del cuerpo) y, otras veces, una visión funcionalista (la enfermedad como un desequilibrio interno o externo al cuerpo).

A lo largo de la historia y de los sucesivos modelos de civilización, se combinaron estos conceptos de diversas maneras, de acuerdo con los estándares vigentes de conocimiento y organización social. Se pueden adoptar diversas tipologías y periodos de tiempo, dependiendo del aspecto que se quiere enfatizar. Resulta curioso e indispensable constatar que el desarrollo de los conocimientos y prácticas en salud no siguió una secuencia lineal y acumulativa a lo largo de la historia, con avances y retrocesos, idas y vueltas, sobre las creencias y los modelos dominantes. A manera de ilustración, vale la pena recordar algunos momentos típicos de este proceso.

En la Antigüedad Clásica, la vigencia de la explicación metafísica para los fenómenos de la enfermedad (la voluntad de los dioses) llevaba a la búsqueda de terapias mágicas (ofrendas, pócimas, sacrificios), y al mismo tiempo tenían mucho prestigio las prácticas de recogimiento, relajación, generalmente practicadas en los templos de **Asclepios**, verdaderos hospitales del espíritu, con un ambiente de penumbra, baños, reposo y otras medidas en busca de paz y equilibrio, dentro de un insospechado holismo que busca el reencuentro de su *physis* que, más que una ausencia de enfermedad, significaba una integración con la naturaleza, la belleza exterior e interior, el ideal de estética.

En la mitología griega, Higía y Panacea eran hijas de **Asclepios**. Higía, diosa de la salud y de la higiene (y después, de la luna), era asociada a la prevención de enfermedades y al mantenimiento de la salud, mientras que el culto a Panacea se vinculaba con la búsqueda de la cura, con la intervención activa en el proceso de la enfermedad por medio de pócimas, etc.

Sin embargo, recién en la Edad Clásica, con Hipócrates, se inicia la lógica del pensamiento científico basado en la observación clínica y de la naturaleza, sentando las bases de la tradición de

la medicina occidental.

### **Hipócrates**

Quien desee continuar el estudio de la ciencia de la medicina, deberá proceder de la siguiente manera. Primero, deberá considerar qué efectos puede producir cada estación del año, puesto que las estaciones no son todas iguales, sino que difieren ampliamente, tanto en sí mismas como en sus cambios. El siguiente punto se refiere a los vientos cálidos y a los fríos, especialmente a los universales, pero también a aquellos que le son peculiares a cada región en particular. Deberá también considerar las propiedades de las aguas, pues así como éstas difieren en sabor y peso, también las propiedades de cada una difieren grandemente de las de cualquier otra. Usando esa información deberá examinar los diversos problemas que surjan. Pues si el médico conociera estas cosas bien, y de preferencia debiera conocerlas todas, o en todo caso conocer la mayoría, al llegar a un pueblo que le es desconocido, no ignoraría las enfermedades locales ni la naturaleza de las que prevalecen comúnmente.

Fuente: Hipócrates, 2005.

En la baja Edad Media, con la llegada del monoteísmo cristiano, se atribuían a la acción divina (ahora vengativa y correctiva, ya no dialógica) los males y enfermedades, considerados como castigos por los pecados, afrontas e infracciones cometidas por personas y colectividades frente a los rígidos mandamientos divinos. La terapia entonces era la penitencia, los castigos, y hasta la hoguera, por medio de los cuales las personas deberían obtener la cura expurgando sus errores. Las epidemias eran combatidas con la búsqueda de chivos expiatorios individuales y sociales. Ese tipo de oscurantismo ciertamente significó un estancamiento - y hasta un retroceso - del conocimiento y de las prácticas sanitarias que se prolongó hasta el Renacimiento.

En Europa, con el avance del Renacimiento y con el impulso del pensamiento racional inspirado en la desnaturalización del mundo, las grandes epidemias, inicialmente consideradas plagas divinas, pasaron a ser objeto de observación y reflexión sistemáticas. Aunque todavía muy lejos del conocimiento de los microorganismos, la reflexión sobre la causalidad de las enfermedades pasó a concentrarse en los factores externos. Se desarrollaron entonces diversas teorías en el intento de explicar el fenómeno del contagio y de la diseminación de las enfermedades, principalmente de las epidemias. La más importante de ellas fue la teoría de los miasmas que, aunque inconsistente desde el punto de vista científico, atribuía a la insalubridad (emanaciones fétidas) de los ambientes físicos el origen de los fenómenos de contagio y difusión de epidemias. Es en ese momento en que surge la base de evidencia para las primeras políticas de salud, dirigidas a proporcionar medidas colectivas e individuales de protección a la salud, o sea, defensa contra los miasmas.

El advenimiento de la modernidad, con sus avances epistemológicos en la desnaturalización del mundo, con la aparición de los intercambios mercantiles y la consecuente reestructuración de

clases y segmentos sociales - y, sobre todo, con la organización de Estados Nacionales bajo la justificativa de la mediación interna y de la defensa externa de los intereses de las sociedades nacionales, trajo consigo las políticas públicas, o sea, las acciones coercitivas y regulatorias del Estado sobre la sociedad, buscando el bien común.

## **SALUD PÚBLICA Y VIDA SOCIAL: UNA ASOCIACIÓN HISTÓRICA**

Además de las reglamentaciones puntuales en el período de guerras o innovaciones en la gestión de las ciudades a fin de lograr el abastecimiento y la eliminación de desechos, ocurridos en períodos anteriores, las políticas públicas de salud se desarrollaron de manera organizada y sistemática a partir del siglo XVII durante la consolidación de los Estados Nacionales, cuando la población pasó a ser considerada como un bien del Estado y éste tenía interés en su ampliación y en su salud, ya que eso significaba un aumento del poderío militar.

Se puede decir que en ese momento nace el cuidado público con la salud y se desarrolla como política de protección contra riesgos sociales y ambientales mucho más que como política asistencial. O sea, la comprensión de la determinación social de la salud y de la enfermedad es anterior a la medicina científica o a la medicina experimental.

Desde luego, se creó una importante tradición de estudios, relacionando la salud con las condiciones de vida (pobreza) y los ambientes sociales y físicos. Especialmente desde los orígenes de la industrialización en los países occidentales, algunos autores pioneros han reportado una importante literatura 'social' sobre la salud y la enfermedad centrada en la tesis de que las desigualdades en el campo social y económico generaban desigualdades en el campo de la salud. El médico y filósofo George Rosen, en su monumental *História da Saúde Pública* (1994), traza un panorama a lo largo de los siglos documentando la asociación de la salud pública con el proceso de industrialización en Europa Occidental, principalmente Inglaterra, Francia y Alemania, registrando una estrecha relación entre el desarrollo del capitalismo (industrialización y urbanización) y el desarrollo de la salud pública, tratando de aminorar los perjuicios a la salud provocados por el desarrollo capitalista.

Las relaciones de influencia recíproca entre salud y economía, las estructuras sociales y las políticas son históricamente asociadas al desarrollo de la salud pública. Diversos autores y actores de la época se dedicaron al tema. Ya en el siglo XVIII, Johan Peter Frank publicó la célebre obra *La miseria del pueblo, Madre de las enfermedades*, donde afirmaba que la pobreza y las malas

condiciones de vida eran las principales causas de enfermedades. Preconizaba amplias reformas sociales y económicas, no simplemente acciones sanitarias, insuficientes para llegar a alcanzar las causas de las enfermedades (Sigerist, 1956). Desde la primera mitad del siglo XIX, en Francia (Villermé) y en Inglaterra (Chadwick) se desarrollaron varios estudios poblacionales que documentaron de forma definitiva la asociación de la mortalidad y la morbilidad al gradiente social, es decir, a las condiciones de vida de las diferentes clases y grupos sociales. Especialmente en Inglaterra, a partir de la Comisión de Salud de las Ciudades, dichos resultados propiciaron políticas de manejo social y ambiental, dirigidas a enfrentar el círculo vicioso de la pobreza-enfermedad. Lo interesante es que eso se realizaba no propiamente dentro una perspectiva de solidaridad social, y sí al servicio de la estabilidad y del crecimiento económico. En Alemania, en los años que precedieron a la revolución de 1848, Virchow lideró un movimiento radical de reforma médica, orientado por la idea de que la medicina era una ciencia social y la política no era más que la medicina a gran escala.

Es clásico el libro de McKeown & Lowe (1986) que demuestra que la disminución de la mortalidad en Inglaterra, ocurrida en el siglo XIX y a inicios del siglo XX, debe ser mayormente atribuida a las mejoras de las condiciones de vida (saneamiento, nutrición, educación) que a intervenciones médicas específicas (vacunas y antibióticos).

Esos factores son los que marcaron los orígenes de la salud pública en la sociedad occidental.

A su vez, el advenimiento de la microbiología marcó el camino hacia la llamada revolución pasteuriana que amplió enormemente el conocimiento sobre los procesos biológicos de la salud-enfermedad e inició una era de progreso científico sin precedentes y al mismo tiempo, generó, junto a la Revolución Industrial, un gran aumento en la complejidad de las estructuras económicas y sociales. De esa manera, el nuevo arsenal de conocimientos y tecnologías producido a partir de la biomedicina se desarrolló en una formación social cada vez más compleja.

Sin embargo, al lado de notables hazañas sanitarias que permitieron el control de innumerables enfermedades infecciosas, la dimensión social y el pensamiento social en salud, paradójicamente quedaron paralizados o descuidados por casi un siglo.

## **MODELOS DE CAUSALIDAD Y MODELOS DE INTERVENCIÓN**

Cada avance en el conocimiento de las causas y determinaciones del proceso

salud-enfermedad fue generando un enriquecimiento y diversificación de medidas de protección a la salud y lucha contra las enfermedades, que también varían con el énfasis atribuido a cada uno de los factores.

### **Modelos de la historia natural de las enfermedades**

El más amplio y conocido intento de construcción de un modelo de organización de la intervención humana sobre el proceso salud-enfermedad fue realizado por Leavell y Clark (1976), quienes sistematizaron los conceptos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación al interior de un modelo denominado 'historia natural de la enfermedad'. Esta historia comprende dos períodos secuenciales: el primero, de prepatogénesis; y el segundo, de patogénesis. En el período de prepatogénesis, no surgieron las manifestaciones clínicas de la enfermedad en el individuo, pero existen las condiciones para su aparición en el entorno o en el patrimonio biológico de la persona. Por ejemplo: en los cultivos de caña de azúcar se utilizan pesticidas en los brotes, antes de la cosecha, algunos de ellos a base de mercurio; por eso, dependiendo de las condiciones de manipuleo (sin usar guantes, por ejemplo), los campesinos pueden llegar a contaminarse a través de la piel y desarrollar una grave enfermedad neurológica.

La interacción entre el individuo y los estímulos patogénicos, sean éstos conocidos o no, infecciosos o de otra naturaleza, lleva a transformaciones fisiopatológicas que se manifiestan por señales y síntomas de la enfermedad, llegando a lo que los autores denominan 'horizonte clínico'. Este es el período de patogénesis, en el cual los procesos mórbidos son más reconocibles y pueden ser foco de acciones que lleven a evitar o retardar su avance.

Los autores reconocen tres momentos en el período de patogénesis: patogénesis precoz, enfermedad precoz discernible, enfermedad avanzada y la consecuencia final de ese proceso, que puede ser la cura, la invalidez, o la muerte (Figura 1).

Las acciones producto de las políticas y de los servicios de salud inciden en los diversos momentos de la historia natural de una determinada enfermedad. En el período prepatogénico, predominan las acciones de **prevención primaria** actuando sobre el medio ambiente o protegiendo al individuo contra agentes patológicos. En el período patogénico, cuando la enfermedad comienza a manifestarse, se incluyen las acciones dirigidas hacia el diagnóstico precoz y la limitación de la invalidez, conocidas como acciones de **prevención secundaria**, y finalmente, aquellas destinadas a recuperar y rehabilitar al individuo de las secuelas dejadas por el proceso mórbido, es decir, prevención terciaria.

### **Prevención primaria**

Comprende la aplicación de medidas de salud que evitan la aparición de enfermedades. Las acciones de promoción a la salud buscan estimular activamente el mantenimiento de la salubridad como, por ejemplo, los cuidados con la higiene corporal y la práctica de actividades físicas, la fluorización del agua, la implementación de políticas dirigidas al saneamiento básico y la prevención del uso de drogas. Las acciones de protección específica se llevan a cabo a fin de evitar la aparición de determinadas enfermedades, como el caso de inmunización de niños contra la poliomielitis, el sarampión y el tétano.

### **Prevención secundaria**

Comprende el diagnóstico precoz de las enfermedades, permitiendo el tratamiento inmediato, y disminuyendo así sus complicaciones y la mortalidad. En este caso, la enfermedad ya está presente muchas veces de forma asintomática. Ejemplos: las dietas para controlar la evolución de determinadas enfermedades, como la diabetes o la hipertensión arterial; la realización de mamografía y examen preventivo para la detección del cáncer del cuello uterino.

### **Prevención terciaria**

En ese momento la enfermedad ya causó daño, comprendiendo, entonces, la prevención de la incapacidad total, ya sea por acciones orientadas a la recuperación física, como la rehabilitación, o por medidas de carácter psicosocial, como la reinserción del individuo a la fuerza laboral. Ejemplos: el tratamiento fisio-terapéutico después de la aparición de molestias que causan incapacidad física.

Figura 1 – Niveles de aplicación de medidas preventivas

HISTORIA NATURAL DE CUALQUIER ENFERMEDAD DEL HOMBRE				
Interrelaciones de factores ligados al agente, al individuo "hospedero" y al medio ambiente →	Producción del estímulo	→ Reacción del individuo "hospedero" al estímulo→		
		→ Primeros estadios de patogénesis →	Primeras lesiones detectables →	Estadio avanzado de la enfermedad →
Período de prepatogénesis		Período de patogénesis		
↑	↑	↑	↑	↑
<u>Promoción de la salud</u>	<u>Protección específica</u>	<u>Diagnóstico precoz y atención inmediata</u>	<u>Limitación de la invalidez</u>	<u>Rehabilitación</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sanitaria</li> <li>• Buen patrón nutricional, de acuerdo a las fases de desarrollo de la vida</li> <li>• Atención al desarrollo de la personalidad</li> <li>• Vivienda adecuada, recreación y condiciones agradables de trabajo</li> <li>• Orientación matrimonial y educación sexual</li> <li>• Genética</li> <li>• Exámenes selectivos periódicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de inmunizaciones específicas</li> <li>• Atención a la higiene personal</li> <li>• Hábito de saneamiento del ambiente</li> <li>• Protección contra riesgos ocupacionales</li> <li>• Protección contra accidentes</li> <li>• Uso de alimentos específicos</li> <li>• Protección contra sustancias cancerígenas</li> <li>• Control de alérgenos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas individuales y colectivas para el descubrimiento de los casos</li> <li>• Estudios de selección</li> <li>• Exámenes selectivos</li> <li>• Objetivos:</li> <li>• Curar</li> <li>• Evitar el proceso de la enfermedad</li> <li>• Evitar la propagación de enfermedades contagiosas</li> <li>• Evitar complicaciones y secuelas</li> <li>• Acortar el período de invalidez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento adecuado para interrumpir o evitar futuras complicaciones y secuelas</li> <li>• Provisión de medios para limitar la invalidez y evitar la muerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de servicios hospitalarios y comunitarios para reeducación y capacitación, a fin de posibilitar la utilización máxima de las capacidades existentes</li> <li>• Educación del público y la industria, a fin de que empleen a personas rehabilitadas</li> <li>• Empleo tan completo como sea posible</li> <li>• Puestos selectivos</li> <li>• Terapia ocupacional en hospitales</li> <li>• Utilización de asilos</li> </ul>
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
NIVELES DE APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS				

Fuente: Leavell & Clark, 1976.

Aunque teóricamente también abarcan las dimensiones sociales y ambientales, los conceptos elaborados por Leavell y Clark parten de una visión esencialmente biológica de la enfermedad, derivada del conocimiento de la patogénesis de las enfermedades infecciosas. Entonces, su aplicación está fuertemente marcada por ese sesgo que, en realidad, tuvo y todavía tiene fuerte presencia en la comunidad científica, en las esferas gestoras y en el imaginario de la población (Buss, 2000).

Encontrará más información sobre la relación entre modelos asistenciales y concepciones del proceso salud-enfermedad en el capítulo 15. El autor indica que la epidemiología y la clínica representarían las disciplinas básicas para la intervención en la historia natural de las enfermedades. Mientras que la primera estaría orientada especialmente hacia el estudio de las enfermedades en las poblaciones y de sus determinantes, sobre todo en el período prepatogénico, la segunda analizaría los procesos mórbidos en el ámbito individual, o sea, en el período patogénico.

### **Modelo social estructuralista**

Otros autores buscaron avanzar en esas formulaciones, incluyendo las determinaciones sociales de los procesos mórbidos, en lo que podría ser un

modelo de 'historia social de la enfermedad'. Breihl y Granda (1986) situaron el proceso salud-enfermedad como el resultado de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta, produciendo en los diferentes grupos sociales la aparición de riesgos o potencialidades características, que se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud. Es decir, hay una relación entre **mortalidad y clase social**: el estar enfermo o sano está determinado por la clase social del individuo y las respectivas condiciones de vida, debido a los factores de riesgo a los que ese determinado grupo de la población está expuesto.

En las décadas de 1950 y 1960, por ejemplo, las principales enfermedades registradas entre los trabajadores brasileños eran las intoxicaciones y las dermatosis profesionales. En la actualidad, con los cambios producidos de los procesos de trabajo y de la propia organización económica del país, prevalecen las lesiones por esfuerzos repetitivos (LER) y las pérdidas auditivas ocupacionales (Wünsch Filho, 2006).

En esa línea de pensamiento, hay una dimensión estructural que se caracteriza por el modelo económico de desarrollo de la sociedad, es decir, el modo de producción: capitalista o socialista. Los autores consideran también una dimensión particular, en la cual operan los procesos de reproducción social, dictados por el trabajo y por el consumo, que son particulares para cada clase social, y todavía hay una tercera dimensión individual.

### **Mortalidad y clase social**

Ya en el siglo XVIII, Friedrich Engels, compañero de Karl Marx, en la formulación de un nuevo paradigma, para esa época, para el análisis del modo de producción económico (socialismo científico), indica las transformaciones producidas por el proceso de industrialización en la sociedad inglesa y su impacto en el hecho de enfermarse y morir, acentuando las desigualdades entre clases sociales. Estudiando la mortalidad entre niños menores de cinco años en Manchester, ciudad industrial, Engels concluye que más del 57% de los niños que fuesen hijos de trabajadores morían antes de cumplir los cinco años de edad, mientras que en las clases sociales más favorecidas este porcentaje no llegaba al 20%, y considerando todas las clases sociales, el promedio en todo el país era de 32%.

Fuente: Engels, 1985.

Esos enfoques diferentes sobre los determinantes de las enfermedades remiten a una renovación y complejidad de los conceptos de salud y enfermedad. Al final, para promover la salud y prevenir las enfermedades, curar y rehabilitar a los enfermos, es necesario preguntar: ¿existe una frontera clara entre esos dos estados del individuo?

Las diferentes visiones sobre salud, y sobre lo que significa estar sano, no sólo provienen de las necesidades físicas y mentales que cada uno requiere durante su respectiva etapa en el ciclo biológico, sino que agregan valores culturales que, en nuestra sociedad contemporánea, son cada vez más difundidos por los medios de comunicación de masas.

De esa manera, las ideas sobre salud y enfermedad, ya sea desde el punto de vista individual de las personas o bajo la óptica de los profesionales que trabajan en el área, están relacionadas con diferentes disciplinas del conocimiento, tales como:

- Biomedicina – basada en el conocimiento científico sobre estructuras biológicas y de funcionamiento del cuerpo humano;
- Epidemiología – anclada en los análisis sobre las causas y la distribución de las enfermedades en la población;
- Ciencias sociales – agrega conceptos derivados de estudios sobre las enfermedades y las relaciones sociales;
- Psicología – enfoca la dinámica de los procesos mentales, pensamientos, sentimientos y actos (Davey, Gray & Seale, 2001).

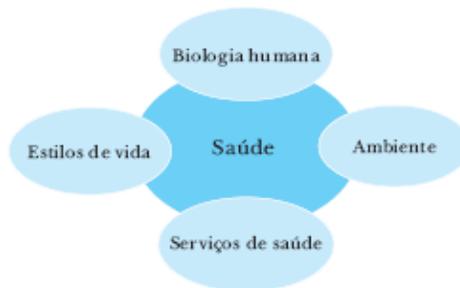
Además de eso, cada día más, el enfoque en solo un campo disciplinario se vuelve insuficiente, siendo necesario un tratamiento interdisciplinario o transdisciplinario. Esas relaciones conducen a la elaboración de conceptos más amplios sobre los determinantes de la salud y de la enfermedad.

### Modelo del campo de la salud

Inspirándose en el proceso de reforma del sistema de salud canadiense en la década de 1970, y alimentándose de él, se cristalizó un modelo explicativo más amplio, el modelo del campo de la salud. Según él, se puede decir esquemáticamente que las condiciones de salud dependen de cuatro conjuntos de factores:

- el patrimonio biológico;
- las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales el hombre es criado y vive;
- el estilo de vida adoptado;
- los resultados de las intervenciones médico-sanitarias, que tienen una importancia relativa variable de acuerdo con el problema de salud en cuestión (Figura 2 y Gráfico 1).

Figura 2 – El modelo del campo de la salud



Leyenda:  
Biología humana  
Estilos de vida / Salud / Ambiente  
Servicios de salud

Gráfico 1 – Campo de la salud: influencia de diferentes factores de riesgo



Leyenda:  
 Estilo de vida  
 Ambiental  
 Asistencia médica  
 Biológico

Fuente: Haskell, 1998.

El campo biológico incluye aspectos físicos y mentales de base biológica, como el patrimonio genético, los procesos físicos y mentales del desarrollo y madurez, y toda la fisiopatología del organismo humano.

El segundo grupo consiste en las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales fuimos criados y vivimos, las cuales reúnen un conjunto de factores de expresión más colectiva como el acceso a la educación, a los servicios urbanos, y toda una gama de agentes externos, cuyo control individual es más limitado. Por ejemplo, la calidad del abastecimiento del agua y de los productos alimenticios, la contaminación atmosférica, entre muchos otros.

La categoría 'estilo de vida' comprende factores con un mayor control de los individuos, como hábitos personales y culturales (cigarro, dieta, ejercicios físicos, etc.), cuya incorporación a la vida de la persona depende, en gran medida, de la decisión de cada uno.

En el cuarto conjunto de situaciones, se encuentra el sistema que la sociedad organiza para cuidar de la salud de sus ciudadanos y responder a sus necesidades. Comprende los servicios de salud, hospitales y centros de salud, los profesionales, el conjunto de equipos y tecnologías. Tradicionalmente es aquí donde los gobiernos invierten más recursos financieros, sin que se pueda identificar, la mayor parte de las veces, un retorno en términos de cambios en los niveles de salud de la población como un todo (Lalonde, 1974).

Ese concepto nace del reconocimiento de que el enfermarse o el tener una vida saludable no

dependen únicamente de aspectos físicos o genéticos, sino que son influenciados por las relaciones sociales y económicas que generan formas de acceso a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la renta, a la distracción y a un ambiente adecuado, entre otros aspectos fundamentales para la salud y la calidad de vida. Tiene como principal atributo un enfoque más amplio e integrado de los cuatro grupos, permitiendo la inclusión de todos los diversos campos de responsabilidad sobre los temas de salud, como autoridades (dentro y fuera del sector salud), pacientes, profesionales de salud, proporcionando también un análisis interactivo del impacto de cada grupo en un determinado problema de salud.

Como causas subyacentes a la mortalidad por accidentes de tránsito, por ejemplo, se pueden considerar los riesgos asumidos por los individuos (como no usar cinturón de seguridad, conducir ebrio o a velocidad excesiva), los riesgos socio-ambientales (como la pavimentación de las calles, el mantenimiento de semáforos y señalizaciones) y los riesgos debidos a la calidad de la organización de los servicios de salud (disponibilidad de servicios de emergencia y unidad de terapia intensiva (UTI) para los primeros cuidados). Nótese que el grupo de factores biológicos no está considerado en el presente ejemplo. Este enfoque permite definir políticas dirigidas hacia la disminución de la mortalidad por accidentes de tránsito e incluye acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, orientando a los diversos agentes responsables en su implementación - gobierno, sociedad.

Los cuatro grupos de determinantes pueden ser analizados como resultantes de una acumulación histórica de interacciones recíprocas, en que la dominancia de cada uno de ellos en el tiempo lleva a una previsión de futuras ventajas o desventajas (Blane, 1999). Por ejemplo, el pronóstico de vida de niños nacidos en el *sertão* nordestino de Brasil difiere del pronóstico de niños de clase media alta nacidos en la ciudad de São Paulo - la esperanza de vida de un niño nacido en la región Nordeste en 2000 era de 65,8 años, mientras que la de un niño nacido en la región Sudeste era de 69,6 años. Experiencias de mala nutrición en la infancia, bajo rendimiento escolar, trabajo infantil, trabajo adulto sub-remunerado y otros condicionantes resultan en una acumulación de desventajas que pueden conducir a un estado de salud de mayor precariedad.

La dinámica de esas relaciones entre los determinantes de la salud-enfermedad caracteriza el perfil sanitario de una población y, en consecuencia, debe alimentar la implementación de políticas de salud como políticas de promoción, prevención, cura y rehabilitación.

**Para reflexionar**

Identifique una enfermedad de alta prevalencia en su área de actuación y analice sus determinantes sociales.

Para Arouca (en el libro de Teixeira, 1989: 30)

La salud es un objeto concreto que comprende:

1. un campo de necesidades generadas por el fenómeno salud-enfermedad;
2. la producción de los servicios de salud con una base técnico-material, sus agentes e instituciones organizados para satisfacer necesidades;
3. ser un espacio específico de circulación de mercancías y de su producción (empresas, equipamientos y medicamentos);
4. ser un espacio de densidad ideológica;
5. ser un espacio de la hegemonía de clase, a través de las políticas sociales que están relacionadas con la producción social;
6. poseer una potencia tecnológica específica que permita solucionar problemas tanto a nivel individual como colectivo.

Las políticas de salud conducidas por el Estado y que buscan el bienestar de toda la población surgen de modo más sistematizado en Francia, en Inglaterra y en Alemania, durante los siglos XVIII y XIX. Originadas por la necesidad de legislar sobre la higiene urbana, implementar medidas de cuarentena y aislamiento de pacientes con enfermedades infecciosas, promover la asistencia social a los pobres y controlar las fronteras, las políticas de salud provenían de las necesidades de higienización del proletariado naciente, de las tensiones entre las luchas urbanas operarias y de la necesidad de asegurar los intereses de las clases dominantes, manteniendo el orden social y el proceso de acumulación capitalista (Rosen, 1980; McKeown & Lowe, 1986).

Habiendo nacido del Estado capitalista moderno, esas políticas van delineándose progresivamente, no sólo debido al conocimiento científico disponible (por ejemplo, los descubrimientos de Pasteur y Snow) sino también al compromiso como responsabilidad pública de gobierno. Nótese la diferencia entre la creación del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra, en 1948, un sistema incluyente que asistía al conjunto de la población inglesa, y la creación, recién en 1966, de los sistemas americanos Medicare y Medicaid, cuya cobertura, aun hoy, es mucho más limitada.

Para mayor información sobre los diferentes sistemas de salud y sus reformas, consulte los capítulos 3 y 25.

En términos prácticos, se puede afirmar que la definición de una política de salud debe reposar sobre tres conceptos básicos:

- la comprensión de que la salud es el resultado de un proceso de interacción continua entre el individuo y el ambiente físico y social en el que vive;
- el entendimiento de que buenas condiciones de salud consisten en una responsabilidad compartida por todos, individuos y poder público; y de que
- la salud es una inversión para la sociedad como un todo, y que la disminución de las desigualdades en salud en el país resulta no sólo de hacer efectivo un compromiso ético, sino también como un elemento del desarrollo y progreso para toda la nación (Canadá, 1994).

**Para reflexionar**

¿Cuáles son los principales campos de intervención para incidir en los determinantes económicos y sociales de las enfermedades de mayor prevalencia en su municipio?  
¿Cuáles serían los sectores gubernamentales responsables por esas intervenciones?

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD: EN BUSCA DE UN NUEVO PARADIGMA**

La frustración con los resultados de la biomedicina, cada vez más al servicio de los intereses del complejo médico industrial, y responsable por provocar riesgos y daños, hizo que surgiese, sobre todo a partir de los años 60 del siglo pasado, y en varias partes del mundo occidental, un pensamiento crítico al modelo, orientado hacia la revalorización de las dimensiones sociales y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, sobrepasando el enfoque exclusivo de combatir la enfermedad solamente después de su aparición.

Aunque diversificado en sus referencias conceptuales y en la variedad de perfiles sanitarios y sociales nacionales, tales ideas tuvieron su expresión más organizada en el llamado movimiento de la promoción de la salud que, inspirado en la reforma del sistema canadiense, se consolidó a partir de la 1ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en 1986.

Lo que caracteriza a la promoción de la salud, en los tiempos modernos, es considerar como foco de la acción sanitaria a los determinantes generales de la salud. Así, la salud se entiende como el producto de un amplio espectro de factores relacionados a la calidad de vida, como estándares

adecuados de alimentación y nutrición, habitación y saneamiento, trabajo, educación, ambiente físico limpio, ambiente social de apoyo a familias e individuos, estilo de vida responsable y un espectro adecuado de cuidados de la salud.

La Carta de Ottawa define la promoción de la salud como “el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de ese proceso” (Brasil, 2002). Destacando, en la promoción de la salud, sus roles de defensa de la causa de la salud (*advocacy*), de capacitación individual y social para la salud y de mediación entre los diversos sectores involucrados, la Carta de Ottawa preconiza cinco campos de acción para la promoción de la salud:

- la elaboración e implementación de políticas públicas saludables;
- la creación de ambientes favorables a la salud;
- el refuerzo de la acción comunitaria;
- el desarrollo de habilidades personales;
- la reorientación del sistema de salud.

La promoción de la salud como campo conceptual y de prácticas, y como movimiento político, se desarrolla en ese período en una secuencia de conferencias internacionales y nacionales (Cuadro 1).

Cuadro 1 – Conferencias de Promoción de la Salud – 1986-2005

1986	–	Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud
		1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Canadá)
1988	–	Declaración de Adelaida sobre Políticas Públicas Saludables
		2ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Australia)
1991	–	Declaración de Sundsväl sobre Ambientes Favorables a la Salud
		3ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Suecia)
1993	–	Carta del Caribe para la Promoción de la Salud
		1ª Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe (Trinidad y Tobago)
1997	–	Declaración de Jakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI y en adelante – 4ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Jakarta)
2000	–	5ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (México)
2005	–	6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Tailandia)

Para un análisis detallado de los marcos referenciales y recomendaciones de esas conferencias internacionales, remítase a Buss (2003).

Las ideas de promoción de la salud se difundieron y fueron progresivamente absorbidas por los formuladores de políticas y profesionales involucrados con la temática de la salud, sobre todo en el mundo occidental, donde factores como el envejecimiento de la población, la difusión de hábitos sedentarios y de alimentación industrializada, la exposición a ambientes contaminados y el estrés de la saturación urbana venían aumentando exponencialmente la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, con sus consecuencias en la elevación continua de los costos asistenciales.

La retórica basada en las determinaciones sociales y culturales del proceso salud-enfermedad y en la necesidad de estrategias de conquista de la salud basadas en intervenciones más allá de las prácticas médico-asistenciales logró inducir prácticas innovadoras, tanto en el campo de la intersectorialidad como en el campo de la educación y movilización por cambios de comportamientos, y principalmente estos últimos. La consejería, acogida, prácticas colectivas saludables (ejercicio, alimentación), además de esfuerzos para que los ciudadanos asuman responsabilidad y tomen consciencia (*empowerment*), comienzan a formar la agenda de prácticas de los servicios de salud. Las prácticas de consejería se aplican en los consultorios médicos y ocupan hoy en día gran parte del tiempo de consulta de los buenos profesionales y servicios médicos (incluso en la práctica privada).

Aunque frecuentemente exitosas a nivel local, las experiencias de intersectorialidad tuvieron poco alcance general y poco impacto sobre las desigualdades sociales y sanitarias, debido a su baja posibilidad de influir en los determinantes sociales de carácter más estructural producidos por políticas económicas generadoras de pobreza, desempleo y riesgo social en general.

En realidad, el discurso excesivamente genérico de la promoción de la salud ha generado diferentes matrices de pensamiento y práctica. En los países del Primer Mundo la tendencia es al énfasis en los cambios de comportamiento, en la esfera de los individuos, y en las regulaciones sociales orientadas a librar a las colectividades de los riesgos asumidos por los individuos (tabaquismo, drogas, actividades físicas, alimentación). Aún en ese terreno, hoy se considera que las medidas educativas y legislativas son insuficientes para enfrentar efectivamente algunos de esos grandes problemas. Siendo fruto de los complejos y mórbidos procesos sociales y culturales de la humanidad contemporánea (industrialización predatora, saturación urbana, cultura consumista de masas), esos riesgos y enfermedades necesitarían ser enfrentados no solo con políticas de salud

productoras de atención, educación etc., sino también por medio de políticas reguladoras de la propia actividad económica. Así como la adición obligatoria de yodo a la sal marina comercializada acabó con el hipotiroidismo endémico (bocio), y la adición de cloro y, más recientemente, de flúor a los sistemas de abastecimiento de agua permitió la reducción drástica de la ocurrencia de enfermedades de transmisión hídrica y de la carie dental, es posible pensar que el control de la epidemia de la obesidad, de la hipertensión, de las enfermedades cardiovasculares y de la diabetes, por ejemplo, exijan políticas de industrialización de alimentos que regulen y moderen la presencia de patógenos en los alimentos industrializados, como grasas insaturadas, sal, azúcar refinado, etc. (Kickbush, 2003).

En América Latina, las ideas del movimiento de la promoción de la salud encontraron una realidad de pobreza y desigualdad que, desde luego, impuso un traslado del enfoque hacia los asuntos estructurales. Más que prácticas educativas orientadas a los cambios de comportamiento, la promoción de la salud en América Latina priorizó los procesos comunitarios orientados hacia los cambios sociales. Además, desde los años 70 se desarrollaba en la región un movimiento crítico al modelo médico hegemónico que, basado en un enfoque estructuralista y en una pedagogía libertadora, fue refinando un campo de pensamiento y práctica que llegaría a consolidarse en el Brasil como el campo de la salud colectiva. En la década de los ochenta, dicho movimiento plasmó el programa de la Reforma Sanitaria brasileña, orientado por el principio de la construcción social de la salud, de la universalización y ecualización del acceso no sólo a los servicios, sino también a los demás medios de obtención de salud (Carvalho, Westphal & Lima, 2007). Por eso fue acuñada la expresión ‘promoción de la salud radical’ para expresar que el movimiento canadiense aquí, en América Latina y en el Brasil, debe aplicarse de forma asociada a la perspectiva del cambio social (Buss, 2003). A pesar de la existencia de una variedad de tendencias, ya sea en la promoción de la salud, o sea en la salud colectiva, se puede considerar que ellas presentan una convergencia estratégica como proyectos de construcción social de la salud (Carvalho, 2005).

En Brasil, el Grupo de Trabajo sobre Promoción de la Salud y Desarrollo Social de la Asociación Brasileña de Pos-Graduación en Salud Colectiva (Abrasco) define su agenda en tres planes de la determinación del proceso salud-enfermedad:

- el plan de la atención a la salud, que incluye un esfuerzo de cambio de la lógica asistencial de los modelos de gestión, a fin de favorecer la autonomía de los sujetos;
- el plan de la gestión de políticas públicas, que incluye un esfuerzo de intersectorialidad, el combate a la fragmentación de acciones y programas, la movilización de organizaciones

gubernamentales y no gubernamentales;

- el plan de la política (modelo) de desarrollo, incluyendo la defensa de políticas orientadas hacia la distribución más igualitaria de los recursos socialmente producidos, para la solidaridad social y para la subordinación virtuosa de la economía al bienestar y a la vida con calidad.

## **DESIGUALDADES EN SALUD: ENFRENTAR LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS**

Existen evidencias de que las estrategias de promoción de la salud lograron avances en el control de algunas enfermedades crónicas y agudas, relacionadas con la vida moderna, sobre todo por medio de innovaciones en la asistencia sanitaria (protocolos y prácticas educativas), de políticas reguladoras (legislación, posturas urbanas) y de la comunicación de masas, todas incidiendo sobre temas relacionados a la alimentación, a los ejercicios físicos, al uso de drogas y otros hábitos personales. Es decir, las acciones que involucran una decisión política de carácter intersectorial o transectorial se han mantenido como excepciones, poniéndose todo el énfasis de los recursos en los servicios de salud.

En realidad, los avances sanitarios, que son reales, todavía ocultan enormes desigualdades (en algunos casos, en aumento) en los promedios que se presentan. Las desigualdades en salud entre grupos e individuos, o sea, aquellas desigualdades de salud que, además de sistemáticas y relevantes, son evitables, injustas e innecesarias, según la definición de Margareth Whitehead (2004), son uno de los rasgos más distintivos de la situación de la salud en Brasil y en el mundo. La mortalidad infantil, cuyo promedio nacional en 2004 fue de 23,1 por mil nacidos vivos (NV), según datos del Ministerio de Salud, presenta grandes disparidades regionales, observándose tasas inferiores a diez por mil NV en algunos municipios del Sur y del Sudeste y valores mayores a cincuenta por mil NV en áreas del Nordeste.

De acuerdo con el informe de 2006 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) sobre la situación de la infancia brasileña, en 2000 la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) entre hijos de mujeres con hasta tres años de estudio era de 49,3 por mil NV, casi 2,5 veces mayor que entre los hijos de madres con ocho años o más de estudio (TMM5 20,0 por mil NV).

Los hijos adolescentes de mujeres brasileñas con hasta un año de [Puede obtener más información](#)

escolaridad tienen una probabilidad 23 veces mayor de llegar a la adolescencia analfabetos en comparación con los hijos de mujeres con 11 años o más de estudio. sobre la situación de la salud de los brasileños en el capítulo 5.

Desde hace mucho tiempo se reconoce que los principales determinantes de esas desigualdades están relacionados con la forma cómo se organiza la vida social. A mediados del siglo XIX, Virchow entendía que la ciencia médica era intrínseca y esencialmente una ciencia social, que las condiciones económicas y sociales ejercían un efecto importante sobre la salud y la enfermedad, y que tales relaciones debían someterse a la investigación científica. Entendía también que el propio término ‘salud pública’ expresaba su carácter político y que su práctica debía conducir necesariamente a la intervención en la vida política y social para indicar y eliminar los obstáculos que dificultaban la salud de la población.

Desde ese entonces, se avanzó mucho en la construcción de modelos explicativos que analizan las relaciones entre la forma cómo se organiza y desarrolla una determinada sociedad y la situación de la salud de su población. Uno de los principales desafíos de esos modelos explicativos es el establecimiento de una jerarquía de determinaciones entre los factores más globales de naturaleza social, económica, política y las relaciones por las cuales esos factores inciden sobre la situación de la salud de grupos y personas. Ese complejo de relaciones permite entender porqué no hay una correlación constante entre los macroindicadores de la riqueza de una sociedad, como el Producto Interno Bruto (PIB), y los indicadores de salud. Evidentemente, el volumen de riqueza generado por una sociedad es un elemento fundamental para proporcionar mejores condiciones de vida y de salud, pero existen numerosos ejemplos de países con PIB total o PIB per cápita mucho más elevados que otros que, a pesar de eso, presentan indicadores de salud mucho más satisfactorios.

En los últimos años, aumentaron también en cantidad y calidad los estudios sobre las relaciones entre la salud de las poblaciones, las desigualdades en las condiciones de vida y el grado de desarrollo de la trama de vínculos y asociaciones entre individuos y grupos. Dichos estudios permiten constatar que, una vez superado un determinado límite de crecimiento económico de un país, un crecimiento adicional de la riqueza no se traduce en mejoras significativas de las condiciones de salud. A partir de ese nivel, el factor más importante para explicar la situación general de salud de un país no es su riqueza total, sino la manera cómo se le distribuye.

En otras palabras, la desigualdad en la distribución de ingresos no es solamente perjudicial para la salud de los grupos más pobres, sino que también es perjudicial para la salud de la sociedad

en su conjunto. Grupos con renta promedio en un país con alto grado de desigualdad de renta presentan una situación de salud peor que la de grupos con menores rentas pero que viven en una sociedad más equitativa. Un estudio comparativo entre los estados de Estados Unidos reveló que los individuos que viven en estados con grandes desigualdades de renta tienen peor estado de salud que aquellos con una renta similar pero que viven en estados más igualitarios (CNDSS, 2006). Japón no es el país con mayor expectativa de vida del mundo sólo por el hecho de ser uno de los países más ricos o porque los japoneses fuman menos o hacen más ejercicio, sino porque es uno de los países más igualitarios del mundo.

Uno de los principales mecanismos por el cual las desigualdades en la renta producen un impacto negativo en la situación de salud es el desgaste del llamado capital social, o sea, de las relaciones de solidaridad y confianza entre personas y grupos (CNDSS, 2006). El desgaste del capital social en sociedades inicuas explicaría en gran medida porqué su situación de salud es inferior a la de sociedades en la que las relaciones de solidaridad son más desarrolladas. La debilidad de los lazos de cohesión social ocasionada por las inequidades de renta corresponde a bajos niveles de capital social de participación política. Países con grandes desigualdades de renta, escasos niveles de cohesión social y baja participación política son los que menos invierten en capital humano y en redes de apoyo social fundamentales para la promoción y protección de la salud individual y colectiva.

En el caso de Brasil, la carga es doble, pues además de presentar graves desigualdades en la distribución de la riqueza, hay grandes sectores de su población viviendo en condiciones de pobreza que no les permiten tener acceso a las mínimas condiciones y bienes esenciales para la salud. Además de que la renta de los 20% más ricos es 26 veces mayor que la renta de los 20% más pobres, 24% de la población económicamente activa posee rendimientos inferiores a dos dólares por día (CNDSS, 2006). Con un mayor debate sobre las desigualdades sociales, el entendimiento del tema de la pobreza también ha cambiado. Se entiende que la pobreza no es solamente la falta de acceso a los bienes materiales, sino que también es la falta de oportunidades y de posibilidades de opción entre diferentes alternativas. Pobreza es también la falta de voz ante las instituciones del Estado y de la sociedad y una gran vulnerabilidad delante de imprevistos. En esa situación, la capacidad de los pobres de poder actuar en favor de su salud y de la colectividad está bastante disminuida.

Para ser coherente con esa nueva manera de entender la pobreza, las estrategias para combatirla deben incluir tanto la generación de oportunidades económicas como medidas que favorezcan la construcción de redes de apoyo y el aumento de las capacidades de esos grupos para

conocer mejor los problemas locales y globales, para estrechar sus relaciones con otros grupos, para fortalecer su organización y participación en acciones colectivas, para constituirse finalmente en actores sociales y activos participantes de las decisiones de la vida social.

La manera más moderna de explicar las determinaciones del proceso salud-enfermedad, y así concebir los diversos planos de intervención se expresa en la Figura 3.

Figura 3 – Determinaciones del proceso salud-enfermedad



Leyenda:

#### CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES Y AMBIENTALES GENERALES

PRODUCCIÓN AGRÍCOLA Y DE ALIMENTOS / EDUCACIÓN / AMBIENTE DE TRABAJO / CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO / DESEMPLEO / AGUA Y DESAGÜE / SERVICIOS SOCIALES DE SALUD / VIVIENDA

#### REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

#### ESTILO DE VIDA DE LOS INDIVIDUOS

#### EDAD, SEXO Y FACTORES HEREDITARIOS

Fuente: Dahlgren & Whitehead, 1991.

Enfrentar las causas de las causas, las determinaciones económicas sociales más generales de los procesos salud-enfermedad, involucra por lo tanto acciones no solo en el sistema de atención a la salud, con cambios en los modelos asistenciales y ampliación de la autonomía de los sujetos, sino también intervenciones en las condiciones socio-económicas, ambientales y culturales por medio de políticas públicas intersectoriales. Y, sobre todo, en políticas de desarrollo, orientadas hacia la distribución más igualitaria de los recursos socialmente producidos, subordinando la economía al bienestar social.

## UNA AGENDA PARA EL SIGLO XXI

En marzo de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), con el objetivo de promover en el ámbito internacional una toma de consciencia sobre la importancia de los determinantes sociales en la situación sanitaria de individuos y poblaciones, y también sobre la

necesidad de combatir las inequidades en salud generadas por ellos. Un año después, el 13 de marzo de 2006, por medio de un decreto presidencial, se creó en Brasil la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS), para un periodo de dos años.

El hecho de que Brasil sea el primer país en crear su propia comisión, integrándose precoz y decisivamente al movimiento global alrededor de los determinantes sociales de la salud (DSS) y desencadenado por la OMS, responde a una tradición del sanitarismo brasileño. De hecho, desde el inicio del siglo pasado los sanitaristas brasileños vienen dedicándose a profundizar el conocimiento de las relaciones entre los determinantes socio-económicos y la situación de salud y a desarrollar acciones concretas, basadas en ese conocimiento. Más recientemente, inspirados por esa tradición, diversos sectores de la sociedad se articularon en un movimiento de Reforma Sanitaria, que consolidó su fuerza política y su agenda de cambios en la memorable 8ª Conferencia Nacional de Salud, en 1986, con la presencia de más de cuatro mil representantes de diversos sectores de la sociedad. Dicho movimiento contribuyó decisivamente con la inclusión en la Constitución de 1988 del reconocimiento de la salud como un derecho de todo ciudadano y un deber del Estado, así como con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), fundado bajo los principios de solidaridad y universalidad.

La creación de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud se inscribió en ese proceso de desarrollo de la Reforma Sanitaria. Integrada por dieciséis expresivos líderes de nuestra vida social, cultural, científica y empresarial, su constitución diversificada es una expresión del reconocimiento de que la salud es un bien público construido con la participación solidaria de todos los sectores de la sociedad brasileña.

Podrá encontrar más información sobre los temas y decisiones de la 8ª Conferencia Nacional de Salud en los capítulos 11 y 12.

A inicios de 2008, la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud presentó su informe final donde se incluían diversas recomendaciones que ponían énfasis en la necesidad de crear espacios institucionales para hacer frente a los determinantes sociales de la salud, sobre todo a fin de integrar la acción de diversos sectores gubernamentales y de la sociedad.

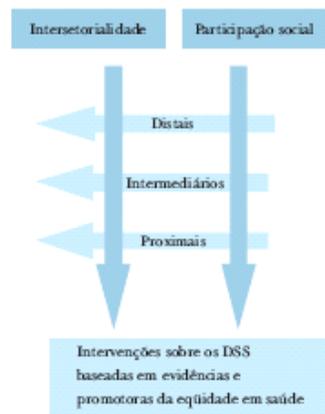
Según el informe, las intervenciones sobre los DSS con el objeto de promover la equidad en salud deben contemplar los diversos niveles mencionados en el modelo de Dahlgreen y Whitehead (1991), o sea, deben incidir sobre los determinantes ‘proximales’, vinculados a los comportamientos individuales, ‘intermediarios’, relacionados a las condiciones de vida y trabajo, y ‘distales’, referentes a la macroestructura económica, social y cultural.

Son ejemplos de esas intervenciones:

- las políticas macroeconómicas y del mercado de trabajo, de protección ambiental y de promoción de una cultura de paz y solidaridad que busquen promover un desarrollo sostenible, reduciendo las desigualdades sociales y económicas, las violencias, la degradación ambiental y sus efectos sobre la sociedad;
- las políticas que aseguren la mejora de las condiciones de vida de la población, garantizando a todos el acceso al agua limpia, al desagüe, vivienda adecuada, ambientes de trabajo saludables, servicios de salud y de educación de calidad, superando enfoques sectoriales fragmentados y promoviendo una acción planeada e integrada de los diversos niveles de la administración pública;
- las políticas que favorezcan acciones de promoción de la salud, buscando estrechar relaciones de solidaridad y confianza, construir redes de apoyo y fortalecer la organización y la participación de las personas y de las comunidades en acciones colectivas para mejora de sus condiciones de salud y bienestar, especialmente de los grupos sociales vulnerables;
- las políticas que favorezcan cambios de comportamiento para la reducción de riesgos y para el aumento de la calidad de vida mediante programas educativos, comunicación social, fácil acceso a alimentos saludables, creación de espacios públicos para la práctica de deportes y ejercicios físicos, así como la prohibición de propaganda de tabaco y de alcohol en todas a sus formas.

Para que las intervenciones en los diversos niveles del modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) sean viables, efectivas y sostenibles, deben estar fundamentadas en tres pilares básicos: la intersectorialidad, la participación social y las evidencias científicas (Figura 4).

Figura 4 – Pilares de las intervenciones sobre los determinantes sociales



Leyenda:

<p>CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES Y AMBIENTALES GENERALES</p> <p>PRODUCCIÓN AGRÍCOLA Y DE ALIMENTOS EDUCACIÓN / AMBIENTE DE TRABAJO CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DESEMPLEO / AGUA Y DESAGÜE SERVICIOS SOCIALES DE SALUD / VIVIENDA</p> <p>REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS ESTILO DE VIDA DE LOS INDIVIDUOS EDAD, SEXO Y FACTORES HEREDITARIOS</p>	<p>Intersectorialidad Participación social Distales Intermediarios Proximales Intervenciones sobre los DSS basadas en evidencias promotoras de la equidad en salud</p>
--	--

Fuente: Dahlgren & Whitehead, 1991.

Una vez que la actuación sobre los diversos niveles de los DSS extrapole las competencias y atribuciones de las instituciones de salud, se vuelve obligatoria la acción coordinada de los diversos sectores e instancias gubernamentales. Con miras a institucionalizar un proceso sostenible de coordinación de las acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales de la salud que permita superar los problemas de baja articulación anteriormente mencionados, la CNDSS recomienda establecer en el ámbito de la Casa Civil de la Presidencia de la República una Cámara de Acciones Intersectoriales para Promoción de la Salud y Calidad de Vida con la responsabilidad de realizar el seguimiento y la evaluación de proyectos, programas, intervenciones o políticas relacionadas a los DSS desarrolladas por las diversas instancias representadas en ella. Deberá también proponer a la Casa Civil mecanismos de coordinación de las acciones en curso, constituyéndose en una instancia de revisión y aprobación de esas acciones, según su impacto en la salud, además de elaborar proyectos y captar recursos para la implementación de nuevas intervenciones intersectoriales sobre los DSS de carácter estratégico. La Cámara sería coordinada por la Casa Civil de la Presidencia de la República y el Ministerio de la Salud, debiendo funcionar como su Secretaría Técnica/Ejecutiva.

Se recomendó, en un primer momento, dar prioridad a las acciones intersectoriales relacionadas con la promoción de la salud en la infancia y en la adolescencia - en respuesta a la actual movilización de la sociedad con relación al tema- y al fortalecimiento de las redes de municipios saludables ya existentes en el país, por medio de un programa continuo de difusión selectiva de informaciones, capacitación de gestores municipales y creación de oportunidades y espacios de interacción entre gestores para intercambio y evaluación de experiencias relacionadas a los DSS. Además, se propuso el fortalecimiento de otras dos estrategias de promoción de la salud, probadas con éxito en diferentes contextos: las escuelas promotoras de la salud y los ambientes de trabajo saludables.

Para la producción regular de evidencias científicas sobre los DSS, se sugirió la creación de un programa conjunto del Ministerio de la Ciencia y Tecnología y del Ministerio de la Salud para dar apoyo, a través de comunicados periódicos, de proyectos de investigación sobre DSS y el establecimiento de redes de intercambio y colaboración entre investigadores y gestores, a fin de dar un seguimiento a los proyectos y utilizar los resultados. Se sugirió también establecer, a nivel de la Red Interagencial de Informaciones para la Salud (Ripsa), un capítulo sobre datos e informaciones relativos a los DSS, incluyendo un conjunto de indicadores para monitoreo de las desigualdades en salud y para la evaluación del impacto de acciones intersectoriales sobre la salud.

Para la promoción de la participación social, con miras a dar una necesaria base de apoyo político a las acciones sobre los determinantes sociales de la salud y para ‘empoderar’ a los grupos poblacionales vulnerables, de tal manera que puedan participar de las decisiones relativas a su salud y bienestar, se reiteró la necesidad de fortalecer los mecanismos de gestión participativa, principalmente los Consejos Municipales de Salud, por medio de acciones de difusión intensiva de información pertinente y capacitación de líderes comunitarios en relación a los DSS, además de fortalecer las acciones de comunicación social referentes a los determinantes sociales de la salud.

Iniciativas como éstas de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud contribuyen con la acción coordinada de los diversos sectores gubernamentales con participación social, condición necesaria para enfrentar las determinaciones económicas y sociales más generales de los procesos salud-enfermedad.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MARMOT, M. & WILKINSON, R. (Eds.) *Social Determinants of Health*. Londres: Oxford University Press, 1999.
- MCKEOWN, T. & LOWE, C. R. *Introducción a la Medicina Social*. México, D.F.: Siglo Veintiuno, 1986.
- ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

## REFERENCIAS

- BLANE, D. The life course, the social gradient, and health. In: MARMOT, M. & WILKINSON, R. (Eds.) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html)>.
- BREIHL, J. & GRANDA, E. *Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. São Paulo: Instituto de Saúde, Abrasco, 1986.
- BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.
- BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoción de la Salud: conceptos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CANADÁ. Ministerio de Salud y Servicios Sociales. *La Politique de la Santé et du Bien-Être*. Québec: Gouvernement du Québec, 1994.
- CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F. & LIMA, V. L. G. Health promotion in Brazil. *International Journal of Health Promotion and Education*, supl. 2: 7-18, 2007.
- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *Iniquidades em Saúde no Brasil: nossa mais grave doença*, 2006. Disponível em: <[www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm](http://www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm)>. Visitada em: Feb. 2008.
- DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute of Future Studies, 1991.
- DAVEY, B.; GRAY, A. & SEALE, C. (Eds.) *Health and Disease: a reader*. Buckingham: Open University, 2001.
- ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1985.
- HASKELL, W. Physical activity and the diseases of technologically advanced society. *The American Academy of Physical Education Papers: Physical Activity in Early and Modern Populations*, 21: 73-87, 1998.
- HIPÓCRATES. *Textos Hipocráticos: o doente, o médico, a enfermidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

KICKBUSCH, I. The end of public health as we know it: the Leavell lecture. In: INTERNATIONAL CONGRESS OF PUBLIC HEALTH, V, 2003, Brighton, Inglaterra.

LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

MCKEOWN, T. & LOWE, C. R. *Introducción a la Medicina Social*. México, D.F.: Siglo Veintiuno, 1986.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

SIGERIST, H. *The University at the Crossroad*. Nova York: Henry Schumann Publisher, 1956.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3): 429-445, 2004.

WÜNSCH FILHO, V. *Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores*. Disponível em: <[www.anamt.org.br/downloads/revista/vol\\_02\\_02/rbmt04.pdf](http://www.anamt.org.br/downloads/revista/vol_02_02/rbmt04.pdf)>. Visitada el 7 de feb. 2006.