



ESCUELA DE
MEDICINA
U D S



NOMBRE: OLIVER FAUSTINO PAREDES MORATAYA

DOCENTE: DRA. EVELYN TORRES BERMUDEZ

ENSAYO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

MATERIA: SALUD PUBLICA I

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN MEDICINA HUMANA

INTRODUCCION

Los determinantes sociales de la salud aún no se toman en cuenta en el diseño e implementación de políticas públicas y programas para lograr la equidad en salud y ver desde otro horizonte la magnitud, el impacto y costo económico y social de los problemas que afectan el curso de vida en un amplio porcentaje de la población de nuestro país. La equidad en salud es a la vez un concepto ético y un indicador fundamental de justicia social, se refiere a la creación de las mismas oportunidades y a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible. La inequidad se transmite de generación en generación y es estructural porque se perpetúa a través de las instituciones políticas, económicas y sociales. Ponderar los logros o las injusticias sociales que disfruta o que padece una determinada población implica observar no sólo sus condiciones de vida sino también la inequidad en salud, es decir, aquellas diferencias que se consideran como injustas, innecesarias, arbitrarias, y que son remediabiles y evitables.

DESARROLLO

Determinantes sociales de la salud

Si observamos la distribución de los problemas de salud en cualquier población, veremos que, por norma, no suele ser aleatoria, sino que hay grupos de personas que sufren los problemas con más frecuencia que otros. Los llamados determinantes próximos de la salud que afectan a las personas de manera individual, como la genética, la exposición a agentes microbianos, los estilos de vida o la exposición a tóxicos ambientales, tampoco tienen en las poblaciones humanas una distribución aleatoria, sino más bien al contrario; al igual que la salud y la enfermedad, se concentran también más en algunos grupos. El hecho de que la enfermedad y sus causas biológicas y conductuales siga determinados patrones sociales nos muestra que a su vez estos determinantes próximos están influenciados por determinantes distales, más estructurales, que operan sobre grupos de individuos simultáneamente en nuestras sociedades. A estas fuerzas, construidas socialmente, es a lo que llamamos determinantes sociales de la salud. Debemos a Rudolf Virchow (1821-1902) no sólo sentar las bases de la anatomía patológica y crear la noción de enfermedad tisular, sino también el inicio de lo que después se ha llamado medicina social. Suya es la frase de «la medicina es una ciencia política y la política no debe ser más que medicina a escala social». Virchow supo integrar de manera intelectualmente muy creativa las fuerzas sociales y su corporeización en lo biológico; decía también que «cuando veo bacilos tuberculosos en un esputo de un enfermo, estoy viéndola lucha de clases a nivel microscópico».

El interés por los determinantes sociales no es sólo una cuestión académica; el reconocimiento de que los problemas de salud comparten raíces próximas y distales abre la puerta para actuaciones sanitarias fuera del ámbito de la mera

terapéutica individual, desgraciadamente poco exploradas aún en nuestro medio. Hay muchos ejemplos históricos de médicos que, como Virchow, han entendido como parte de su compromiso con aliviar el sufrimiento humano la acción para mejorar las condiciones de vida de sus enfermos. En nuestro país, por ejemplo, durante la década de 1930 Pedro Vallina (1879- 1970), médico en el barrio sevillano del Pumarejo, organizó una huelga de arrendatarios de vivienda que se negaron a pagar los alquileres abusivos que les imponían.

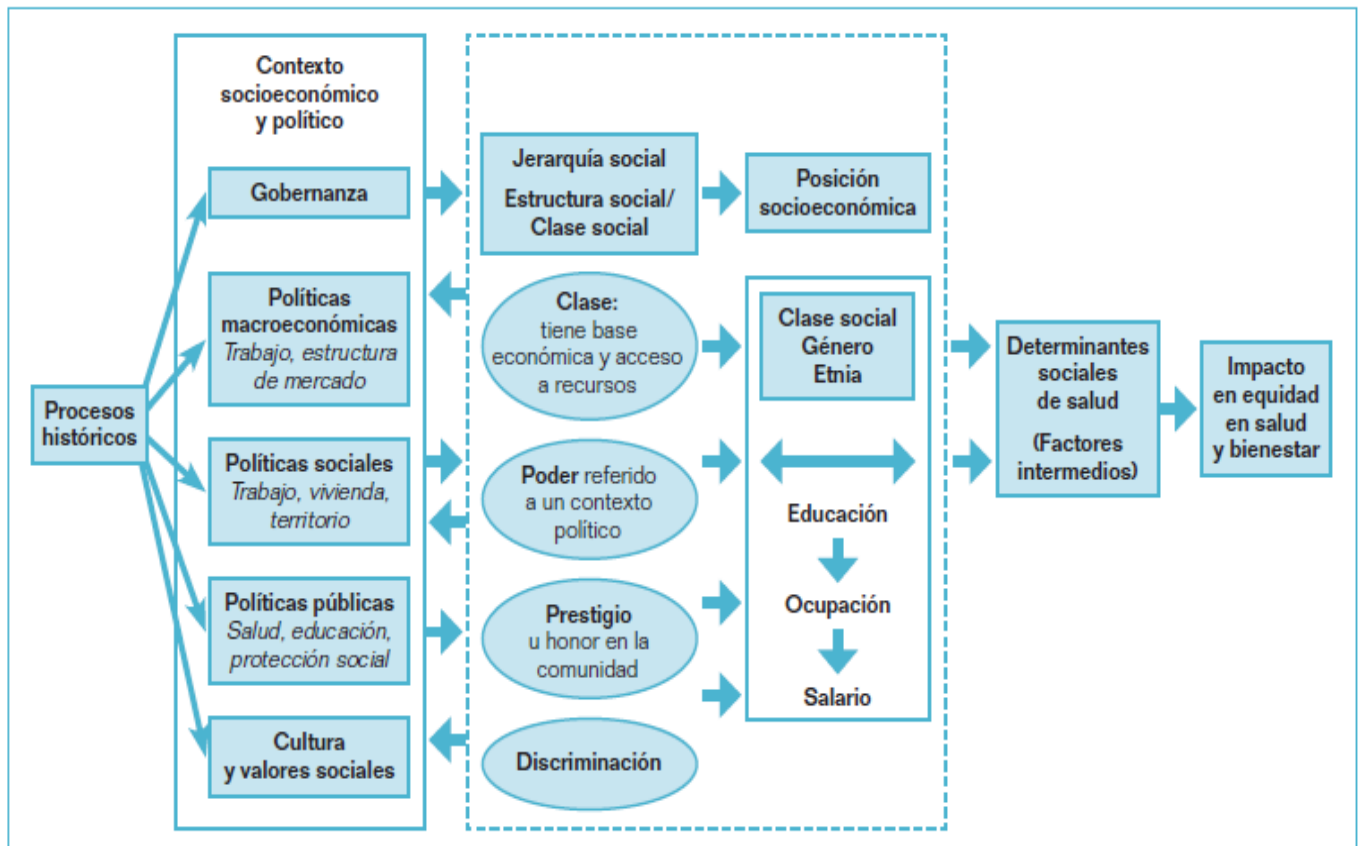
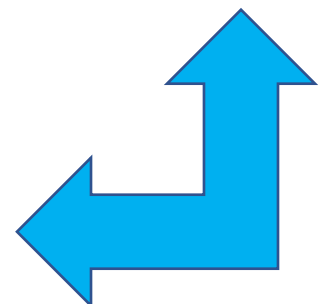


FIGURA 88-1. Determinantes sociales de la salud, modificado de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2007).



La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado un informe que sintetiza el conocimiento existente y propone un marco de referencia, precisamente denominado «Marco para la Acción» sobre determinantes sociales de la salud, para comprender las relaciones entre los distintos niveles de causas de enfermedad



La CDSS de la OMS distingue una jerarquía de influencias

entre los determinantes sociales. Plantea primero los determinantes estructurales, que se desarrollan como producto histórico de los contextos sociopolíticos y económicos, por medio de cinco grandes fuerzas:

1. La gobernación.
2. Las políticas macroeconómicas.
3. Las políticas sociales (trabajo, territorio y vivienda).
4. El resto de las políticas públicas (especialmente educación, salud y protección social).
5. Los valores sociales y culturales.

Desigualdades en salud según la clase social

La desigualdad en salud según la clase social se refiere a las distintas oportunidades y recursos que tienen las personas de distintas clases sociales para tener una vida saludable, y son las personas de las clases sociales más desaventajadas las que presentan peor salud. Las desigualdades en salud según la clase social son importantes debido a su gran magnitud ya que estas desigualdades causan un exceso de casos de enfermedad y muerte superior a los debidos a los factores de riesgo conductuales (consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, etc.). Además, son desigualdades graduales, ya que afectan a toda la población y no sólo a los sectores más pobres.

Desigualdades de género y salud

El género es un concepto que hace referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura (Comisión Europea, 1998). Por lo tanto, el género es la construcción social de las diferencias basadas en el sexo. Atiende a las funciones, comportamientos y atributos que las sociedades consideran apropiados para hombres y mujeres, y es importante considerarlo porque estos determinantes sociales de género interactúan con las diferencias biológicas de las mujeres y los hombres produciendo diferentes necesidades en salud. Para analizar las desigualdades de género en salud, hay que tener en cuenta que el género subyace en la base de los valores y normas sociales (identidad social de género), pero también es un componente de la identidad individual, y también es un principio organizador de la estructura social (posición social de las mujeres y los hombres

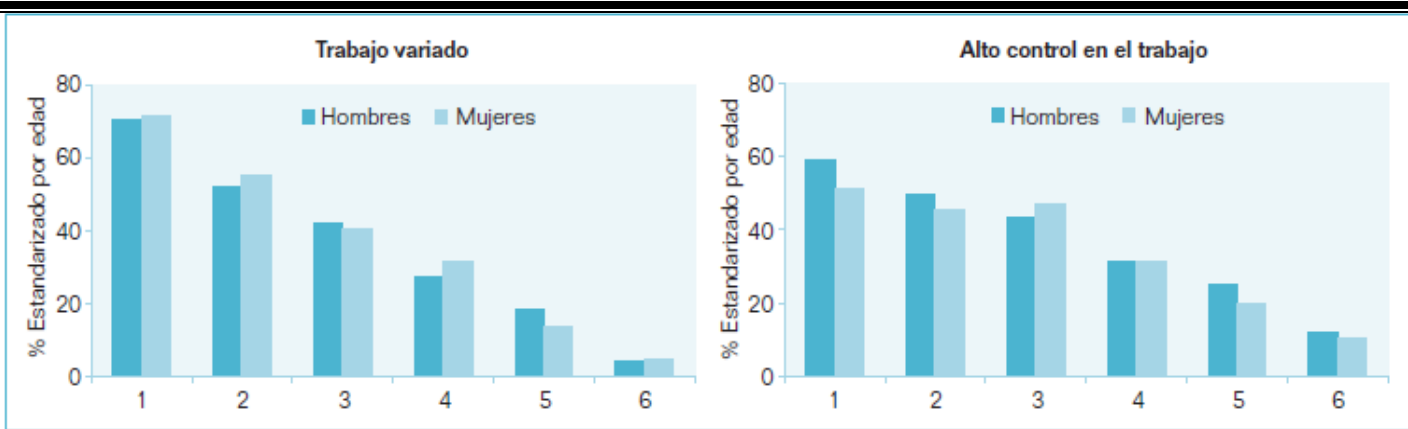


FIGURA 88-2. Trabajo variado y control en el trabajo según la categoría profesional. Hombres y mujeres, estudio Whitehall II. Modificado de Marmot et al., 1997.

En función de las variaciones históricas y culturales de los roles de género y sus relaciones. En los países desarrollados mueren más hombres que mujeres, y por la mayoría de las causas de muerte; sin embargo, la morbilidad es mayor en mujeres, y la mayor esperanza de vida las aboca al fenómeno de la longevidad minusválida con mayor frecuencia que a los hombres. La hipótesis de la «modernización de los roles de género» propone que los aspectos fundamentales de los tradicionales roles de género continúan influyendo en la actividad

TABLA 88-1. Niveles de observación del sistema sexo-género

1. La identidad social de género, o estereotipos, se constituye a partir de los patrones sociales asociados a características aparentes, corpóreas y visibles proyectadas sobre los grupos sociales; en concreto, el de las mujeres y los hombres. Responde a lo que se considera femenino y masculino en una sociedad
2. El género, como componente de la identidad individual, hace referencia al sentido que las personas tienen de sí mismas frente a la identidad social, que son las categorizaciones de las personas efectuadas por los otros
3. El género es un principio organizador de la estructura social mediante el cual las actividades de mujeres y hombres en una sociedad están segregadas en función de su sexo. Aquí nos encontramos con la división sexual del trabajo, la cual debe entenderse no sólo como un reparto de tareas, sino también como un indicador (y producto) de las desigualdades sociales entre sexos. En este nivel de observación se incluyen los estudios sobre la posición de las mujeres y los hombres en las sociedades, el acceso a los recursos y la distribución de éstos. Se incluyen los análisis que consideran el género como un criterio de estratificación social, como los relacionados con el trabajo reproductivo (cuidados y doméstico) y remunerado, la doble jornada o la segregación del mercado laboral. Destacan tres escenarios en los que hay un reparto de tareas por sexo, mediante los que se pueden observar los efectos de la división sexual del trabajo: vida familiar-doméstica-personal o privada, vida profesional laboral o pública, e interacción de ambas vidas, con sus implicaciones en la distribución del tiempo y la sobrecarga de trabajo

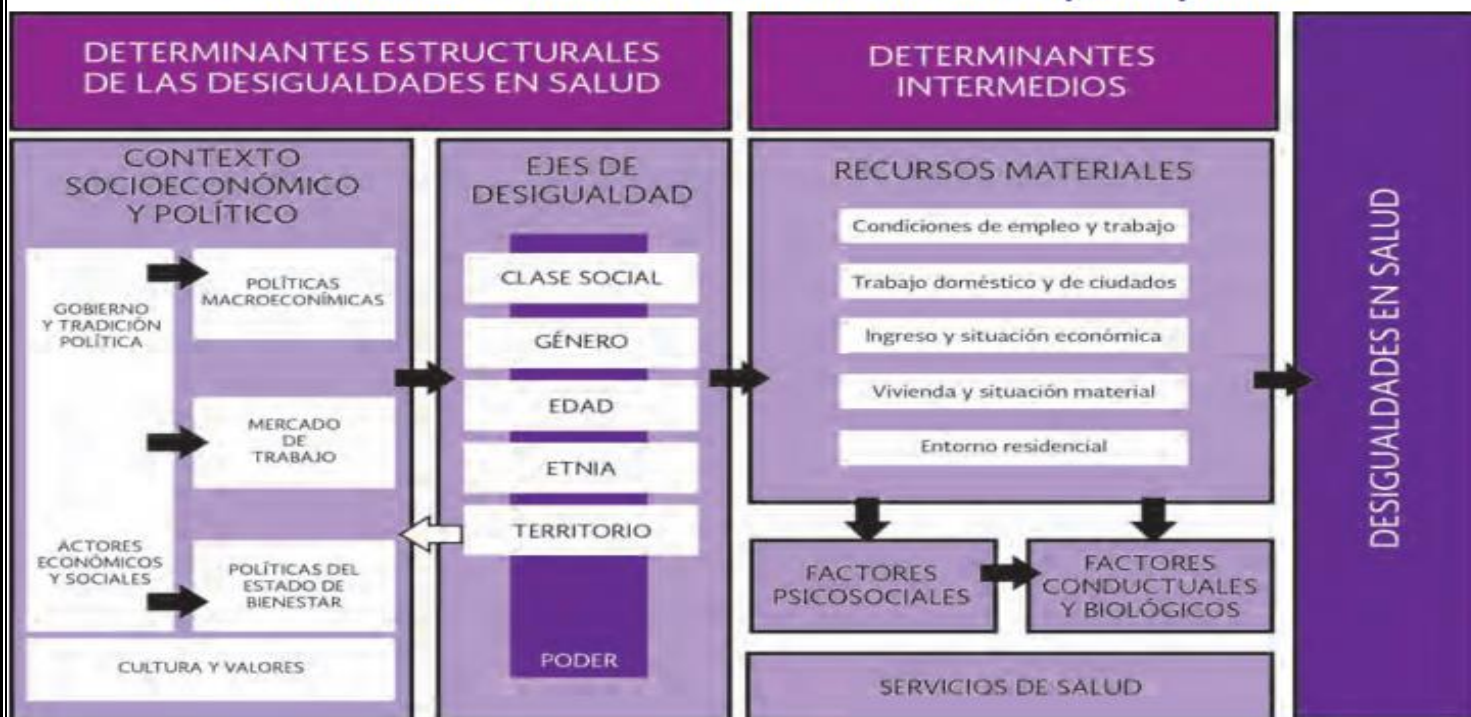
El sesgo de género en el sector sanitario y las desigualdades en salud

Existen evidencias en las principales revistas científicas de la existencia de sesgos de género en la atención sanitaria. Sus resultados a menudo confirman la hipótesis de ciertas diferencias no justificables en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, lo cual puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos. Esto implica que mujeres y hombres con un mismo problema de salud no tienen siempre las mismas oportunidades de acceso y uso a los distintos niveles asistenciales, ni la misma calidad asistencial con el fin de alcanzar los mismos beneficios en términos de salud. Los sesgos de género en la práctica profesional, que pueden influir en los resultados de salud de las mujeres de forma negativa, tienen probablemente su principal origen en los sesgos que se producen en la generación de conocimiento cuando se desarrollan investigaciones y son transmitidos a lo largo de la formación sanitaria. La OMS viene reconociendo desde 1990 su preocupación sobre cómo la atención sanitaria puede contribuir a las desigualdades en salud en razón del género. Los sesgos de género en los servicios sanitarios se pueden producir cuando los médicos asumen desenfocada mente que el curso de la enfermedad, sus manifestaciones patológicas (signos y síntomas), así como el tratamiento y pronóstico, y la exposición a riesgos son similares en hombres y mujeres, cuando de hecho no lo son. El «síndrome de Yentl» es un ejemplo de este tipo de sesgos.

Desigualdades en salud según el grupo étnico

La construcción de diferencias étnicas es la base de divisiones sociales y prácticas discriminatorias en muchas sociedades. Es importante darse cuenta de que la etnia es una categoría social y no biológica, como sugieren las ideologías esencialistas. Por «grupo étnico» entendemos a personas que comparten una herencia cultural y, a veces, ancestros comunes. La discriminación se produce cuando un grupo se define a sí mismo y a los otros por la posesión de caracteres arbitrarios (color de la piel), dominándolos y obteniendo por ello beneficio. En las sociedades en que existe discriminación étnica, las personas pertenecientes a grupos marginados ven afectados su estatus y sus oportunidades durante toda su trayectoria vital. Esto modela formas de educación, ocupación y nivel de ingresos que afectan a su estado de salud. En Australia, por ejemplo, la esperanza de vida de los aborígenes es 20 años inferior a la de los australianos no aborígenes. La discriminación es el rechazo o exclusión perpetrado por un individuo o grupo contra otros a partir de la consideración o valoración peyorativa de ciertas diferencias entre las que se encuentra, entre otras posibles, el nivel socioeconómico, el género, la etnia, la nacionalidad, la opción religiosa, la orientación sexual o la discapacidad. Este fenómeno no sólo refleja creencias o tratos negativos contra las personas o grupos discriminados, sino también acciones de dominación u opresión como parte del ejercicio de poder en la jerarquía social.

Determinantes estructurales e intermedios de la equidad y salud



Desigualdad y discapacidad

Un 9% de la población española tiene alguna discapacidad, esto es, alrededor de 3,5 millones de personas. Las personas con discapacidad no constituyen un grupo homogéneo. Así, no es lo mismo ser una persona sorda prelocutiva (niños que nacen con sordera) que perlocutiva (como los ancianos mayoritariamente), ni es lo mismo ser niño(a) sordo(a) hijo(a) de padres sordos que de padres oyentes. Las discapacidades son físicas, sensoriales e intelectuales, generalmente aumentan con la edad, y más de la mitad de ellas las experimentan las mujeres (58%). En la niñez no hay diferencias por sexo, pero de los 6 a los 44 años el número de hombres con discapacidad supera al de mujeres en un 32%, y a partir de los 45 años el número de mujeres supera al de los hombres en un 60%. No obstante, las tasas tienden a igualarse a edades muy avanzadas. Hay otros factores, como la clase social, la etnia y el género, que son importantes para determinar Parte de la autonomía de las personas con discapacidades se reduce, pero no provoca necesariamente dependencia ni mala calidad de vida. De hecho, no toda deficiencia comporta necesariamente una discapacidad, ni toda persona con deficiencias o discapacidades debe encontrarse forzosamente en una situación de desventaja definible como minusvalía

- Las **discapacidades** son trastornos de la persona respecto a su rendimiento funcional y actividad, como consecuencia de las deficiencias, y son toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma que se considera normal para ser un ser humano
- Las **deficiencias** representan trastornos en el órgano, y se refieren a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema
- Las **minusvalías** son las situaciones de desventaja que puede sentir una persona en relación con el entorno, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limite gravemente o le impida el desempeño de la actividad que le es normal en función de su edad, sexo y otros factores sociales y culturales

CONCLUSION

Desde el punto de vista si queremos mejorar la salud de la población, nos hemos de fijar en los Determinantes Sociales de Salud y en las Desigualdades Sociales ya que influyen en ella mucho más de lo que influyen otro tipo de factores. El intervenir a nivel político, por tanto, es fundamental. Es lo más eficaz para disminuir las Desigualdades Sociales en Salud. Además, es importante no sólo intervenir en Salud Pública, si no hacerlo desde todas las políticas públicas. Los Determinantes Sociales de Salud requieren intervenciones multidisciplinares. Por tanto, tenemos que hablar de cambiar ciertos conceptos, como el de equidad en salud, tan ligado al de acceso al Sistema Sanitario. Hay que ampliarle para incorporar las desigualdades injustas de salud que se producen antes de que los enfermos lleguen al sistema sanitario. Sería muy positivo que, los profesionales de la salud y la sociedad misma, nos sensibilizáramos frente a esta preocupación por la justicia social y su relación con la salud, y considerar la equidad en ese sentido más amplio como un tema de bioética.

BRIOPGRAFIA

Pt: Dra. no puede descargar la 12 edición así que la hice de la 11 gracias

