

Artículo de Actualidad

Determinantes sociales, equidad y pertinencia territorial: reflexión sobre el enfoque en salud

Social determinants, equity and territorial relevance: reflection
on the focus on health

Luis Carlos Herrera-Vásquez¹ , ***Marcelo Eduardo Núñez-Norambuena²** 

¹Textus. Red de investigación del lenguaje, la cultura & la creatividad. El Tabo, Chile

²Municipalidad El Tabo, Dirección de Salud. El Tabo, Chile

RESUMEN

Los determinantes sociales de la salud son factores no médicos que tiene un impacto significativo en la salud de las poblaciones. Estos determinantes, que abarcan desde condiciones socioeconómicas hasta el entorno físico y social, influyen en el acceso a la atención médica y en los resultados de salud. En este texto académico, se explora la teoría de los determinantes sociales de la salud, además, se subraya la importancia del concepto de equidad en salud, diferenciándolo de la igualdad, y la reflexión sobre el positivo tránsito de un paradigma biomédico a uno de enfoque holístico. Finalmente, se argumenta la necesidad de realizar estudios de pertinencia territorial para promover una mejor salud en las comunidades locales.

Palabras clave: determinantes sociales, equidad, pertinencia territorial, promoción en salud

ABSTRACT

Social determinants of health are non-medical factors that have a significant impact on the health of populations. These determinants, ranging from socioeconomic conditions to the physical and social environment, influence access to health care and health outcomes. In this academic text, the theory of social determinants of health, furthermore, the importance of the concept of health equity is highlighted, differentiating it from equality, and the reflection on the positive transition from a biomedical paradigm to one with a holistic approach. Finally, the need to carry out studies of territorial relevance to promote better health in local communities is argued.

Keywords: social determinants, equity, territorial relevance, health promotion.


INTRODUCCIÓN

Buena parte de las acciones y dinámicas propias del sistema público de Salud Chileno y latinoamericano están determinadas por desigualdad, distribución de la riqueza e inequidad propia de nuestra sociedad (Labra, 2002). En ese sentido, se atiende a un alto nivel de vulnerabilidad: a menor nivel socioeconómico, menor educación y más enfermedad (Escuela de Medicina UC).

Parte de la eficiencia del sistema de salud local se mide según enfermedades, coberturas, prestaciones, excluyendo, en parte, el foco en mantener a una población sana. Generar cambios frente a este dilema implica

***Autor correspondiente:** **Marcelo Eduardo Núñez-Norambuena**. Municipalidad El Tabo, Dirección de Salud. El Tabo, Chile. Email: marcenunez.n@gmail.com

Fecha de recepción: marzo 2024. Fecha de aceptación: mayo 2024

Editora responsable: **Graciela María Patricia Velázquez de Saldivar** . Universidad del Cono Sur de las Américas, UCSA.



cambiar un paradigma imperante de salud, pasando de un sistema biomédico a un sistema holístico centrado en la salud, que considera a la persona como un ente multidimensional (Bermejo, 2019). Para ello, la salud debe estar presente en todas las políticas (Comité Regional de la OMS para las Américas, 2014), además de resolver la oferta imprecisa en cuanto a horarios y accesos, por el escaso control y fiscalización sobre los turnos médicos (Figueroa, 2010).

En cuanto a lo declarado, el sistema sanitario chileno pretende fomentar una visión amplia e integral de la salud, en la cual se atiendan los determinantes sociales, para alcanzar un enfoque de equidad, vinculado a un territorio, promoviendo condiciones de salud y bienestar en el curso de la vida, mediante un modelo de salud integral, intersectorial, con acciones claves de promoción, prevención, calidad y participación (MINSAL, 2022). Para ello, ha establecido una serie de objetivos sanitarios para la década de 2021 a 2030: Mejorar la salud y bienestar de la población, Disminuir las inequidades, Asegurar la calidad de la atención de salud y Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables (MINSAL, 2022). De este modo, la atención de salud promueve centralidad en la persona, enfoque territorial con pertinencia cultural, trabajo en equipo de profesionales, valoración de la participación de las personas, familias y comunidades, y anticipación del daño (trastornos, consecuencias) (MINSAL, 2021).

En sintonía con lo anterior, este artículo promueve una revisión sobre los conceptos de Determinantes Sociales, Equidad, Paradigma de salud y Pertinencia territorial, argumentando la hipótesis que estudios detallados sobre el territorio, como lo es un censo, son el camino metodológico fundamental para lograr una salud centrada en la persona, entendiéndola como un sujeto multidimensional e integral. Para ello, el texto se ha dividido en distintos apartados: Determinantes Sociales, Equidad, Reflexión sobre el paradigma y La clave: Pertinencia territorial, desarrollando una reflexión ontológica sobre los conceptos, además de una revisión sobre experiencias aplicadas exitosas en el mundo.

DESARROLLO

Determinantes sociales

El estudio de los determinantes sociales en la salud ha sido fundamental en la comprensión de las disparidades de salud entre diferentes poblaciones. A lo largo de la historia, diversas corrientes de pensamiento y estudios han contribuido a la conceptualización y reconocimiento de la influencia de factores sociales en la salud de las personas.

El reconocimiento de que los factores sociales tienen un impacto significativo en la salud se remonta a los trabajos pioneros de Rudolf Virchow en el siglo XIX, quien afirmaba que las condiciones sociales y económicas eran determinantes clave de la salud de la población. Sin embargo, no fue hasta mediados del siglo XX que este concepto comenzó a recibir mayor atención en la literatura académica y en la formulación de políticas de salud. Uno de los hitos más importantes en la incorporación de los determinantes sociales en la salud fue la Declaración de Alma-Ata de 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. En este evento, se reconoció la necesidad de abordar no solo los aspectos biomédicos, sino también los sociales y económicos de la salud, sentando las bases para un enfoque más holístico y orientado hacia la equidad en la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978).

En 1974, el gobierno de Canadá publicó el influyente Informe Lalonde, que introdujo el concepto de determinantes de la salud. Este informe propuso un modelo que reconocía la influencia de factores biológicos, ambientales, de estilo de vida y sistemas de atención médica en la salud de la población, destacando la

importancia de abordar los determinantes sociales para mejorar la salud pública (Lalonde, 1974). A su vez, la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986, fue otro evento crucial para el reconocimiento de los determinantes sociales en la salud. En esta conferencia, se enfatizó la importancia de crear entornos saludables, fortalecer la acción comunitaria y abordar las desigualdades en salud, reconociendo que los determinantes sociales son fundamentales para lograr la equidad en salud (OMS, 1986).

En el año 2000, las Naciones Unidas adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que incluían la meta de mejorar la salud materna e infantil, combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, y promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Estos objetivos reconocieron la importancia de abordar los determinantes sociales para mejorar la salud y reducir las desigualdades (Naciones Unidas, 2000). En 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS publicó su informe final, que proporcionó una síntesis exhaustiva de la evidencia sobre los determinantes sociales en la salud. Este informe destacó la necesidad de abordar las inequidades sociales y económicas para mejorar la salud de la población y recomendó acciones a nivel político, social y económico para lograr este objetivo (OMS, 2008).

En las últimas décadas, ha habido un creciente reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales en la salud (DSS), tanto en la investigación académica como en la formulación de políticas de salud. Sin embargo, persisten desafíos en la implementación de intervenciones efectivas y equitativas que aborden las inequidades sociales en salud y promuevan el bienestar de todas las personas.

En síntesis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los DSS como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y cómo estos factores afectan su salud física y mental (OMS, 2020). En consecuencia, los DSS comprenden una amplia gama de factores, que incluyen el nivel socioeconómico, la educación, el empleo, la vivienda, el género, la etnia, el acceso a servicios de salud y el entorno físico y social (Solar & Irwin, 2010). Estos factores interactúan de manera compleja y tienen un impacto directo en la salud de las poblaciones. Por ejemplo, las personas de bajos ingresos tienen mayor probabilidad de enfrentar condiciones de vida precarias, acceso limitado a alimentos saludables y atención médica, y mayor estrés psicosocial, lo que aumenta su riesgo de enfermedades crónicas, discapacidades y mortalidad prematura (Marmot et al., 2020).

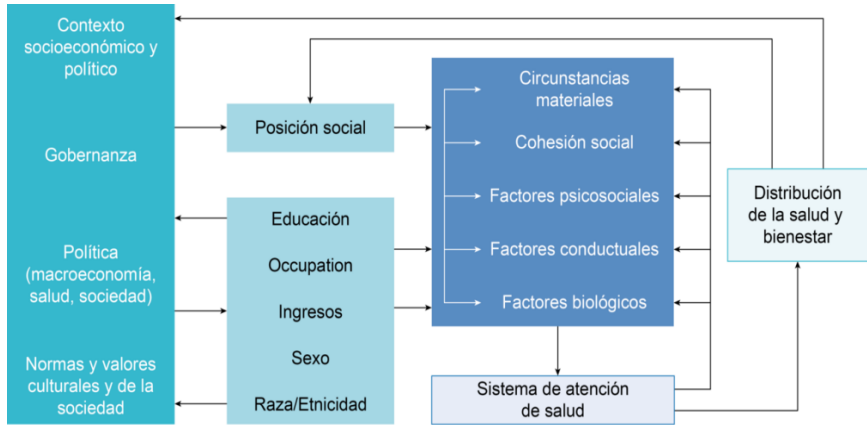
El año 2005 la OMS organizó la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, "con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo" (Comisión sobre determinantes sociales de la Salud, 2008, pág. 3). En la base de este propósito está lo siguiente: a más baja situación socioeconómica, peor estado de salud. Atender a este punto es tema de justicia social y reducir las desigualdades en salud es un imperativo ético (Comisión sobre determinantes sociales de la Salud, 2008), para lo cual la Comisión realiza las siguientes recomendaciones: "1. Mejorar las condiciones de vida (...); Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos (...); Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones" (Comisión sobre determinantes sociales de la Salud, 2008, pág. 6).

Es esencial para mejorar la equidad sanitaria, manejar datos básicos sobre mortalidad y morbilidad en función de una serie de indicadores económicos, por lo tanto, se hace primordial construir una base de conocimientos científicos sobre

inequidad sanitaria, determinantes sociales y las soluciones a estos desafíos (Comisión sobre determinantes sociales de la Salud, 2008).

En cuanto a cuáles son los determinantes sociales en salud, la Comisión propone el siguiente esquema:

Tabla 1.



Determinantes sociales de la salud e inequidades en materia de salud



(OPS, 2009)

En términos aplicados, destacan algunas experiencias exitosas en el abordaje de DSS en salud. El programa "Healthy Cities" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido una experiencia clave en la promoción de entornos urbanos saludables al abordar los determinantes sociales. Ciudades como Bogotá, Colombia, han implementado políticas que promueven la equidad en el acceso a servicios de salud, transporte y vivienda, lo que ha llevado a mejoras significativas en la salud de la población (OMS, 2008). El programa Bolsa Família en Brasil, a su vez, es un ejemplo destacado de cómo las intervenciones socioeconómicas pueden tener un impacto positivo en la salud. Al proporcionar transferencias de efectivo a familias en situación de pobreza, el programa ha contribuido a reducir la mortalidad infantil y mejorar el acceso a servicios de salud y educación (Rasella et al., 2013). Por otro lado, los países escandinavos, como Suecia y Noruega, han implementado políticas integrales de bienestar social que abordan los determinantes sociales en la salud. Estas políticas incluyen un acceso equitativo a servicios de salud, educación y vivienda, así como medidas para reducir las desigualdades de ingresos, lo que ha resultado en mejores resultados de salud y una mayor equidad (Marmot & Bell, 2019). Por cierto, el sistema de salud de Cuba, centrado en la atención primaria y la comunidad, ha sido reconocido internacionalmente por su enfoque en los determinantes sociales. A través de la participación comunitaria y la atención integral, Cuba ha logrado indicadores de salud comparables a los de países desarrollados, a pesar de sus limitados recursos económicos (Franco, Alvarez-Dardet, & Ruiz, 2004). Por último, en países africanos como Rwanda, Uganda y Ghana, se han implementado intervenciones innovadoras para abordar los determinantes sociales en la salud, incluida la promoción de la equidad de género, la mejora del acceso a agua potable y

saneamiento, y el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud (Nkansah et al., 2020).

Equidad

En buena parte de las dimensiones sociales (económicas, educativas, sanitarias, geográficas, entre otras) se discute en torno a la igualdad y la equidad, muchas veces "empleados como sinónimos para hacer alusión al asunto de las justicias o injusticias sociales; reivindicativamente también se las invoca como si fueran la misma cosa y casi siempre implicadas en los reclamos por la paridad" (Villegas & Toro, 2010, p. 100). No obstante, se deben subrayar las distinciones clave. Por un lado, la igualdad no es sólo una disposición del Derecho, sino una responsabilidad moral e individual, en respeto con el otro, de carácter universal, por tanto "ser poseedor de cualquier diferenciador determinado por un código biológico, socioeconómico o de otro tipo, se desvanece en lo que respecta a más o menos privilegios por ser él, ella; rico, pobre; nativo, extranjero; heterosexual, bisexual, homosexual; en situación de discapacidad o sin ella" (Villegas & Toro, 2010, p. 108). A su vez, la equidad "es un concepto que tiene distintas acepciones y que refiere a diversos enfoques teóricos sobre el tema de la justicia social" (Sánchez, 2012, p.1) comprende la voluntad política de una distribución que conoce y se ajusta a las distintas condiciones sociales en pro de un bienestar común (Villegas & Toro, 2010) o, según Campbell: "la equidad es política pensada desde la justicia en términos de igualdad y mérito. Esto quiere decir que adquiere un objetivo distributivo, la justicia se vertebra en la adjudicación de recursos, beneficios y cargas pero también de condiciones de valoración y respeto equitativos" (Materón, 2016, p. 121). En términos más simples: "una sociedad que se conforma a partir del cambio de prioridad del principio igualitario de 'dar a todos lo mismo' a una en el que resulta más importante el 'dar más a los que menos tienen'" (Mintegiagal & Ramírez, 2007, p. 108).

La CEPAL entiende la equidad según tres dimensiones de mejora: (superación de la pobreza) minimizando la proporción de personas y hogares que viven bajo la línea de lo aceptable (en lo económico, social y político); (igualdad de oportunidades) promoviendo el desarrollo de talentos potenciales, eliminando privilegios y discriminaciones afiados en lo jurídico, así como la desigualdad de oportunidades; (reducción de la desigualdad de resultados) evitando la concentración de poder y riqueza de tal forma que restrinja el ámbito de libertad de las nuevas generaciones (Sánchez, 2012).

Por lo tanto, avanzar sobre la base de una igualdad en función de alcanzar una equidad demanda que las políticas sociales clarifiquen los condicionantes de la población y las comunidades particulares. Es decir, no todas las acciones o decisiones deben distribuirse de igual manera en el territorio, dado que, el territorio (geográfico y sociocultural) o las diversas fracciones del territorio poseen singularidades propias en cuanto a superación de la pobreza, igualdad de oportunidades y desigualdad de resultados. Ahora bien, dado el contexto chileno, una desigualdad o segregación social, cultural, económica o educacional, en líneas generales, coincide con una desigualdad y segregación territorial (Atria, 2007).

Sin embargo, la lectura práctica de las dimensiones involucradas en la equidad ha abierto una agenda centrada en los más pobres y no en la sociedad como un todo, trayendo como consecuencia la omisión de otras dimensiones que condicionan al sujeto como vulnerable y la relevancia del transcurrir del tiempo, es decir, atendiendo sólo los bienes primarios que subraya Rawls (o urgentes) tal como las mejoras en el acceso para los más bajos estratos socioeconómicos no necesariamente se está fomentando una equidad a largo plazo (Mintegiagal & Ramírez, 2007). De ese modo, se imposibilita el transitar de proveer servicios y

conversión de medios hacia un paradigma de desarrollo de capacidades "para alcanzar una realización en términos sociales como personales" (Mintegiagal & Ramírez, 2007, p. 126). En definitiva, una política social centrada sólo en la promoción de accesos (a salud, educación, servicios, bonificaciones) y no en el desarrollo del sujeto como un todo social, abre nuevas dinámicas de dominación, subordinación y "posterga la posibilidad de la búsqueda de un lugar común, en el que ciudadanos pares tengan el anhelo de convivir juntos" (Mintegiagal & Ramírez, 2007, p. 126).

En el área específica de la salud, la equidad se refiere a la ausencia de disparidades evitables e injustas en la salud entre diferentes grupos de población. La equidad implica proporcionar recursos y oportunidades adicionales a aquellos que enfrentan desventajas específicas para garantizar que todos tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud (Whitehead, 1992). En otras palabras, la equidad en salud reconoce que diferentes grupos pueden necesitar diferentes niveles de apoyo para lograr resultados de salud comparables. Mientras que la igualdad se refiere a tratar a todos por igual, la equidad implica tratar a las personas de manera justa, teniendo en cuenta las desigualdades preexistentes y proporcionando recursos y apoyo adicionales a aquellos que lo necesitan (Braveman & Gruskin, 2003). Por lo tanto, la equidad en salud reconoce y aborda las desigualdades sociales y económicas que contribuyen a las disparidades en salud. Por supuesto, entonces, hablar de equidad en salud no puede solamente concernir a la salud y su acceso, si no que a múltiples dimensiones donde también se involucra lo económico y la justicia de los acuerdos sociales (Amartya Sen, 2002).

En los últimos años, ha tomado relevancia el concepto de Equidad geográfica, es decir, que "el acceso y la distribución de cuidados de salud pueden estar condicionados por el lugar donde viven, ya sea dentro de una misma ciudad o al interior de un país" (MINSAL, 2014, p. 5). Este enfoque particular de la equidad, en general, se utiliza en relación a situaciones de aislamiento y ruralidad, aunque también en función de zonas marginales o periféricas con bajos indicadores sanitarios (MINSAL, 2014, p. 5)

Reflexión sobre el paradigma

Comprender al sujeto afectado por un trastorno de salud desde sus condicionantes sociales y no exclusivamente en la atención de un agente patógeno; otorgar acceso según un principio de equidad y no de igualdad; o, enfatizar la promoción de la salud, requiere abrir el margen de la reflexión en torno al paradigma biomédico que, en líneas generales, ha sido tradicionalmente dominante en la práctica y la investigación médica, centrándose en la enfermedad como un proceso biológico y patológico. Sin embargo, este enfoque limitado no logra abordar completamente las complejidades de la salud humana, lo que ha llevado a un creciente reconocimiento de la necesidad de un enfoque más holístico e integral.

En términos simples, el enfoque biomédico en salud se centra en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades basado en modelos reduccionistas que consideran al cuerpo humano como una máquina biológica (Engel, 1977). Este paradigma tiende a ignorar los factores psicológicos, sociales y ambientales que influyen en la salud de los individuos (Murray & Lopez, 1996). Además, el modelo biomédico tiende a medicalizar problemas sociales y emocionales, lo que puede resultar en un exceso de intervenciones médicas innecesarias (Conrad & Barker, 2010); o de trabas burocráticas: el sistema se organiza en función del profesional y no en las personas afectadas, lo cual genera deficiencias de atención importantes (Bravo & Dois, 2021), además de otras posiciones aún más críticas que adjetivan al modelo

de individualista, normatizador, controlador y legitimador de fuerzas sociales dominantes (Menéndez, 2020).

Por el contrario, un enfoque holístico en salud reconoce la interconexión entre el cuerpo, la mente y el entorno social de un individuo (Frenk et al., 2010). Este enfoque considera aspectos biopsicosociales de la salud, incluyendo factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Engel, 1977). Al centrarse en la persona en su totalidad, el enfoque holístico permite una comprensión más completa de las necesidades y preocupaciones del paciente, lo que puede llevar a intervenciones más efectivas y centradas en el paciente (Epstein & Street, 2007) o, en otras palabras, este enfoque considera la dimensión física, intelectual, social, emocional y espiritual y religiosa (Bermejo, 2019).

Un sistema centrado en la enfermedad se enfoca en la detección y tratamiento de patologías después de su aparición, con poca atención prestada a la prevención y promoción de la salud (Hood et al., 2016). Por otro lado, un sistema centrado en la salud adopta un enfoque proactivo, promoviendo la salud y el bienestar en lugar de simplemente tratar la enfermedad (Barry et al., 2008). Esto implica un cambio de un modelo de atención curativa a uno preventivo, con un énfasis en la educación del paciente, la promoción de estilos de vida saludables y la atención centrada en el paciente (World Health Organization, 2008).

Al adoptar un enfoque más integral y centrado en el paciente, podemos mejorar los resultados de salud, reducir la medicalización de problemas sociales y emocionales, y promover el bienestar general de la población. Esto implica, por consiguiente, desarrollar procesos de rehumanización de la salud y un abordaje de investigación poblacional que conozca a los sujetos usuarios del sistema en su multidimensionalidad. Además, la salud debe estar presente en todas las políticas (Comité Regional de la OMS para las Américas, 2014), con profesionales con conciencia social que estén insertos en el sistema público, evitando la tensión entre trabajar en el sistema privado y el público (Siebert, 2015).

Algunas experiencias prácticas que se han ejecutado en el mundo dan cuenta del valor de este tránsito de paradigmas. Por ejemplo, el sistema de salud de China integra la medicina tradicional china (MTC) junto con la medicina occidental. La MTC, que incluye prácticas como la acupuntura, la fitoterapia y el qigong, se utiliza en una variedad de contextos de atención médica para tratar enfermedades y promover la salud, ofreciendo una perspectiva holística que aborda la conexión mente-cuerpo (Wen, 2017). En el Reino Unido, por su parte, el modelo de atención centrada en la persona (ACP) se ha promovido como un enfoque integral que reconoce las necesidades únicas de cada individuo. La ACP prioriza la colaboración entre pacientes, familias y profesionales de la salud, teniendo en cuenta aspectos emocionales, sociales y espirituales en la toma de decisiones sobre la atención médica (Leplege et al., 2007). Otro caso interesante es el de Australia, que ha implementado programas de promoción de la salud en la comunidad que adoptan un enfoque holístico y colaborativo. Estos programas involucran a múltiples actores, incluidos gobiernos locales, organizaciones sin fines de lucro y residentes locales, para abordar determinantes sociales de la salud como la vivienda, el empleo y la educación (Fisher & Baum, 2010). Declarando un modelo biopsicosocial en la atención de salud mental, Canadá reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud mental. Este enfoque promueve intervenciones que van más allá del tratamiento farmacológico, incluyendo terapias psicológicas, apoyo social y cambios en el entorno (Engel, 1977). En América Latina, se han desarrollado enfoques de salud intercultural que integran prácticas de la medicina tradicional indígena con la medicina occidental. Estos programas valoran el conocimiento y

las creencias de las comunidades indígenas, promoviendo la colaboración entre curanderos tradicionales y profesionales de la salud (Bustamante et al., 2019). Por último, en el África Subsahariana, los programas de atención integral del VIH/SIDA han adoptado un enfoque holístico que aborda no solo la enfermedad física, sino también las necesidades emocionales, sociales y económicas de las personas afectadas. Estos programas suelen incluir servicios de asesoramiento, apoyo psicosocial, educación y acceso a alimentos y vivienda (Parker & Aggleton, 2003).

La clave: pertinencia territorial

En el contexto de la promoción de la salud comunitaria, los estudios de pertinencia territorial juegan un papel crucial. Estos estudios implican la identificación de los DSS específicos que afectan a una comunidad local y el diseño de intervenciones dirigidas a abordar esas necesidades particulares (Hawe et al., 2000). Al comprender los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de una comunidad específica, los programas de salud pueden ser más efectivos y culturalmente relevantes. Para ello, se insiste, se debe poner en práctica un cambio desde la igualdad a la equidad, pues el modelo de igualdad en salud puede dejar de lado a aquellos grupos que enfrentan desventajas socioeconómicas y de acceso a la atención médica. Por el contrario, un enfoque centrado en la equidad reconoce estas disparidades y busca proporcionar recursos y servicios adicionales a aquellos que enfrentan mayores barreras para alcanzar un estado de salud óptimo (Whitehead, 1992). Un censo comunal en salud, por ejemplo, juega un papel crucial en esta transición al proporcionar datos precisos sobre las necesidades y desafíos específicos de cada comunidad, lo que permite diseñar intervenciones más dirigidas y equitativas.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son componentes esenciales de un sistema de salud equitativo y centrado en el paciente (Barry et al., 2008). Sin embargo, estas áreas a menudo se descuidan en favor de la atención médica curativa. Un censo comunal de salud proporciona una oportunidad única para identificar los factores de riesgo y las necesidades de salud de una comunidad, lo que permite desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades adaptados a las características y prioridades locales (Hawe et al., 2000). Por ejemplo, en la ciudad de Bogotá, Colombia, el censo comunal de salud ha sido utilizado para identificar áreas prioritarias de intervención y desarrollar programas de promoción de la actividad física y la alimentación saludable en colaboración con las comunidades locales (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2016).

Otras numerosas experiencias en todo el mundo demuestran el potencial del censo comunal de salud para promover mejoras significativas en la salud de las comunidades. En Australia, por ejemplo, el Australian Health Survey ha sido utilizado para monitorear y evaluar el estado de salud de la población a nivel nacional, proporcionando datos valiosos para la formulación de políticas de salud pública (Australian Bureau of Statistics, 2019). En América Latina, el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SIAPS) en Brasil ha utilizado el censo comunal de salud para identificar poblaciones en riesgo y dirigir intervenciones específicas de atención primaria, lo que ha contribuido a la mejora de los indicadores de salud en áreas desfavorecidas (Marques et al., 2018).

En definitiva, de acuerdo a evidencia latinoamericana y mundial, las ciencias sociales y algunas organizaciones de base comunitaria sostienen la idea que la información sociodemográfica y sanitaria, es esencial para la planificación pública (De la Gama, 2006; Desrosières, 1996). En los últimos años, este argumento toma especial relevancia al observar la toma de decisiones desde el nivel central

sin soporte científico a nivel local, obviando la especificidad de cada territorio; dejando fuera del área de acción la generación de investigación y análisis de datos frescos emanados desde la comunidad, y apoyándose en datos promedios que omiten las realidades propias de cada comunidad y su relación con el entorno.

CONCLUSIONES

Tras décadas de discusión sobre la importancia de los Determinantes Sociales en Salud, los sistemas sanitarios, principalmente en América Latina, están aún en vías de implementación, con resistencias de todo tipo para modificar el paradigma imperante: transitar de un modelo biomédico a uno holístico. Se establece la relevancia de los DSS a la hora de comprender a las personas afectadas o usuarias de los sistemas de salud, para desarrollar estrategias de atención que promuevan el cuidado de la salud desde una perspectiva de equidad y no necesariamente de igualdad. Al respecto, se subraya que la equidad no solamente tiene relación con aspectos propios de las condiciones sociales y económicas, sino también por cuestiones más culturales y geográficas.

Por consiguiente, la clave para el desarrollo de una salud holística está dada por asumir el conocimiento multidimensional del sujeto, lo cual debe ejecutarse a partir de una pertinencia territorial. Sin este factor, hablar de determinantes sociales, equidad o paradigma holístico, se enfrentaría a una paradoja epistemológica al promover un sistema que atiende de igual forma a todos los usuarios, sin conocer sus propias particularidades. En esa línea, implementar investigaciones en los territorios, como es un censo comunal de salud, emerge como una herramienta esencial al proporcionar datos precisos y relevantes sobre las necesidades y desafíos de una comunidad. De ese modo, las estrategias son más equitativas y efectivas, fortaleciendo así la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, especialmente a través de la atención primaria.

Contribución de autores: Los autores participaron en forma integrada de la concepción y diseño del trabajo, recolección y obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Financiamiento: El presente estudio es parte del proyecto Gestión de la Brecha de inequidad y determinantes sociales en salud de la comuna de El Tabo. Financiado por DISAM, 2022-2023.

Conflictos de interés: no existen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atria, F. (2007). *Mercado y ciudadanía en la educación*. Santiago: Flandes Indiano.
- Australian Bureau of Statistics. (2019). *Australian Health Survey: Biomedical Results for Chronic Diseases, 2011-12*. Canberra: ABS.
- Barry, M. J., Edgman-Levitan, S., Jordon, M. E., Walker, J., Eads, M., & Levinson, W. (2008). Shared decision making—pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 359(4), 371-374.
- Bermejo, J. (2019). Hacia una salud holística. Obtenido de *Revista Chilena de Endocrinología y diabetes*: http://revistasoched.cl/2_2009/8.html
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), p. 254–258.
- Bravo, P., & Dois, A. (11 de Marzo de 2021). *El usuario y el personal de salud: causas y soluciones para una relación asimétrica*. Obtenido de: <https://www.ciperchile.cl/2021/03/11/el-usuario-y-el-personal-de-salud-causas-y-soluciones-para-una-relacion-asimetrica/>

- Bustamante, M. J. F., et al. (2019). Intercultural health: An approach to the right to health care for indigenous peoples in Latin America. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03402.
- Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: OMS
- Comité Regional de la OMS para las Américas. (29 de Septiembre de 2014). *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-s.pdf>
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, p. 67-79.
- De la Gama, H. (2006). *Información demográfica y políticas públicas en la escala regional y local*. Santiago: CEPAL/CELADE.
- Desrosières, A. (1996). *Reflejar o instituir: la invención de los indicadores estadísticos*. Jornadas de Estudio "Los indicadores sociopolíticos hoy", organizadas por el Observatorio Interregional de lo Político y por la Asociación Francesa de Ciencia Política. París.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, National Library of medicine*, 196 (4286), p.129-136.
- Epstein, R. M., & Street Jr, R. L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. *National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225*
- Escuela de Medicina UC. (s.f.). *Determinantes Sociales de la Salud en Chile: ¿En qué influyen?* Obtenido de <https://medicina.uc.cl/publicacion/determinantes-sociales-de-la-salud-en-chile-en-que-influyen/>
- Figueroa, J. (27 de Septiembre de 2010). *Médicos sin control: Los dueños de la salud pública en Chile*. Obtenido de <https://www.ciperchile.cl/2010/09/27/medicos-sin-control-los-duenos-de-la-salud-publica-en-chile/>
- Fisher, M., & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), p. 1057-1063.
- Franco, A., Alvarez-Dardet, C., & Ruiz, M. T. (2004). Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ*, 329(7480), p. 1421-1423.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), p. 1923-1958
- Hawe, P., Degeling, D., & Hall, J. (2000). *Evaluating health promotion: A health worker's guide*. MacLennan & Petty.
- Hood, C. M., Gennuso, K. P., Swain, G. R., & Catlin, B. B. (2016). County health rankings: Relationships between determinant factors and health outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(2), p. 129-135.
- Labra, M. (2002). La reinversión neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cad. Saúde Pública*, 18, (4), p. 1041-1052.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Canadá: Gobierno de Canadá.
- Leplege, A., et al. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation, National Library of medicine*, 29(20-21), p. 1555-1565.
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., Morrison, J., & Health, T. C. on S. D. of S. (2020). *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. England: Institute of Health Equity.
- Marmot, M., & Bell, R. (2019). *Fair society, healthy lives*. England: Institute of Health Equity.
- Marques, E., Duarte, E., Oliveira, F., Silva, M., & Barros, M. (2018). Health and socioeconomic indicators and inequalities in Brazilian municipalities. *PLoS One*, 13(6).
- Materón, S. (2016). Principios de equidad e igualdad: una perspectiva inclusiva para la atención educativa de las poblaciones con discapacidad en Colombia. *Revista Colombiana de Bioética*, 11(1), p. 117-131.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, p. 1-25.
- Minteguigal, A., & Ramírez, R. (2007). ¿Queremos vivir juntos? entre la equidad y la igualdad. *Revista Ecuador Debate* (70), p. 107-128.

- MINSAL. (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL. (2021). *Orientaciones para la planificación y programación en red 2022*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2014) *Revisión de experiencia países que han incorporado criterios de equidad geográfica*. Chile: MINSAL
- Murray, C., & Lopez, A. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. EEUU: Harvard University Press.
- Naciones Unidas. (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado de <https://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- Nkansah, C., Remme, M., & Pronyk, P. (2020). Scaling up integrated community case management of childhood illness: update from seven countries. *The American journal of tropical medicine and hygiene* 94(3), p.571-573
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/final_report/es/
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- OPS. (2009). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), p.13-24.
- Rasella, D., Aquino, R., Santos, C. A., Paes-Sousa, R., & Barreto, M. L. (2013). Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, 382(9886), p. 57-64.
- Sánchez, V. (2012). La equidad-igualdad en las políticas sociales latinoamericanas. Las propuestas de Consejos Asesores Presidenciales chilenos (2006-2008). *Research Network on interdependent inequalities in Latinoamérica* (31), p. 1-34.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2016). *Informe de Gestión 2016*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.
- Sen, A. (2002) ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 11 (5/6)
- Siebert, F. (25 de junio de 2015). *Médicos del sector público ponen en jaque al gobierno*. Universidad de Chile. Obtenido de <https://www.uchile.cl/noticias/112753/medicos-del-sector-publico-ponen-en-jaque-al-gobierno>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Suiza: World Health Organization.
- Villegas, G., & Toro, J. (2010). La igualdad y la equidad: dos conceptos clave en la agenda de trabajo de los profesionales de la familia. *rev.latinoam.estud.fam*, II, p. 98-116.
- Wen, C. K. (2017). Traditional Chinese medicine in the Chinese health care system. *Health Policy and Planning*, 32(9), p. 1240-1245.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 7(3), p. 217-228.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever*. Suiza: World Health Organization.