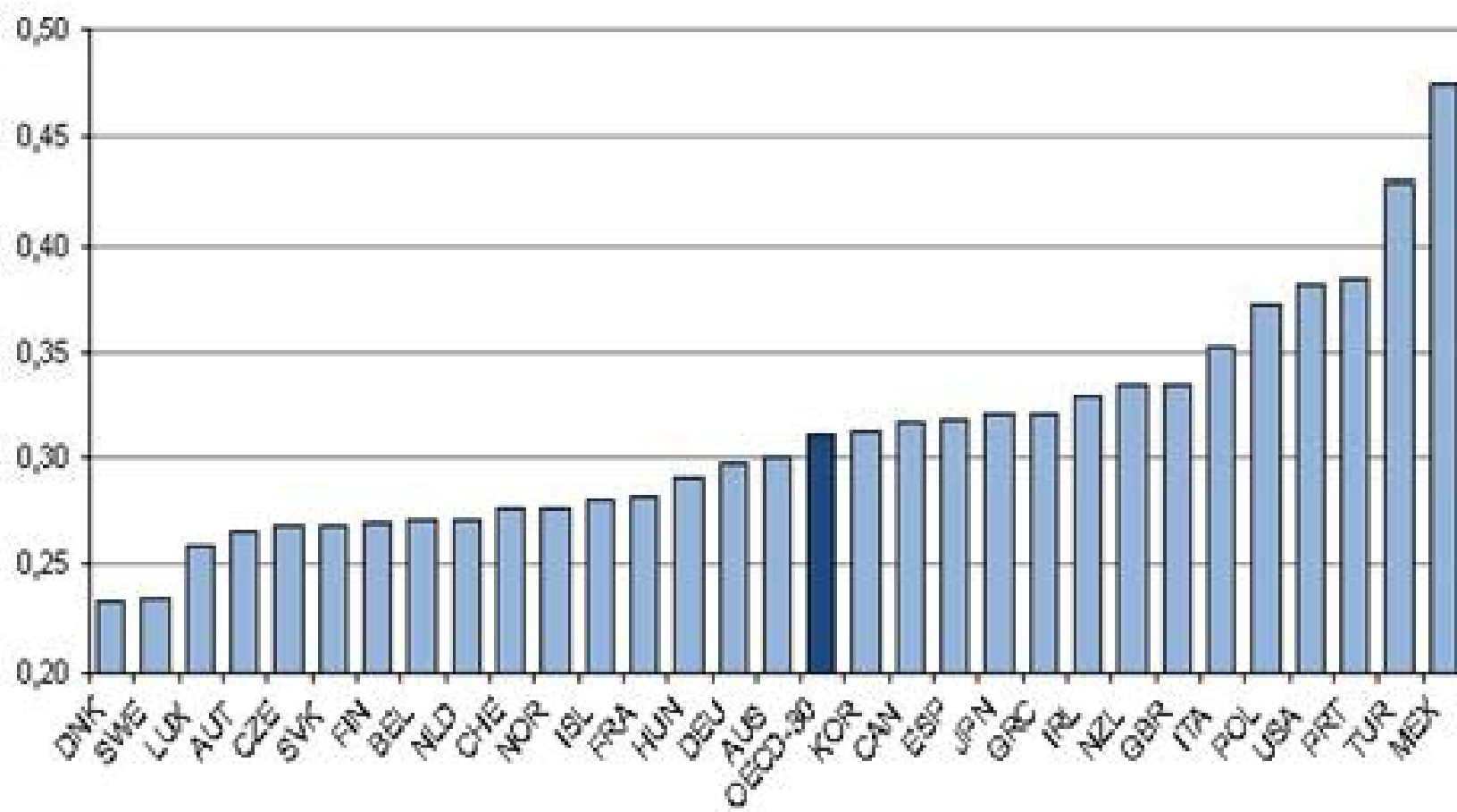


Gestión de determinantes de salud

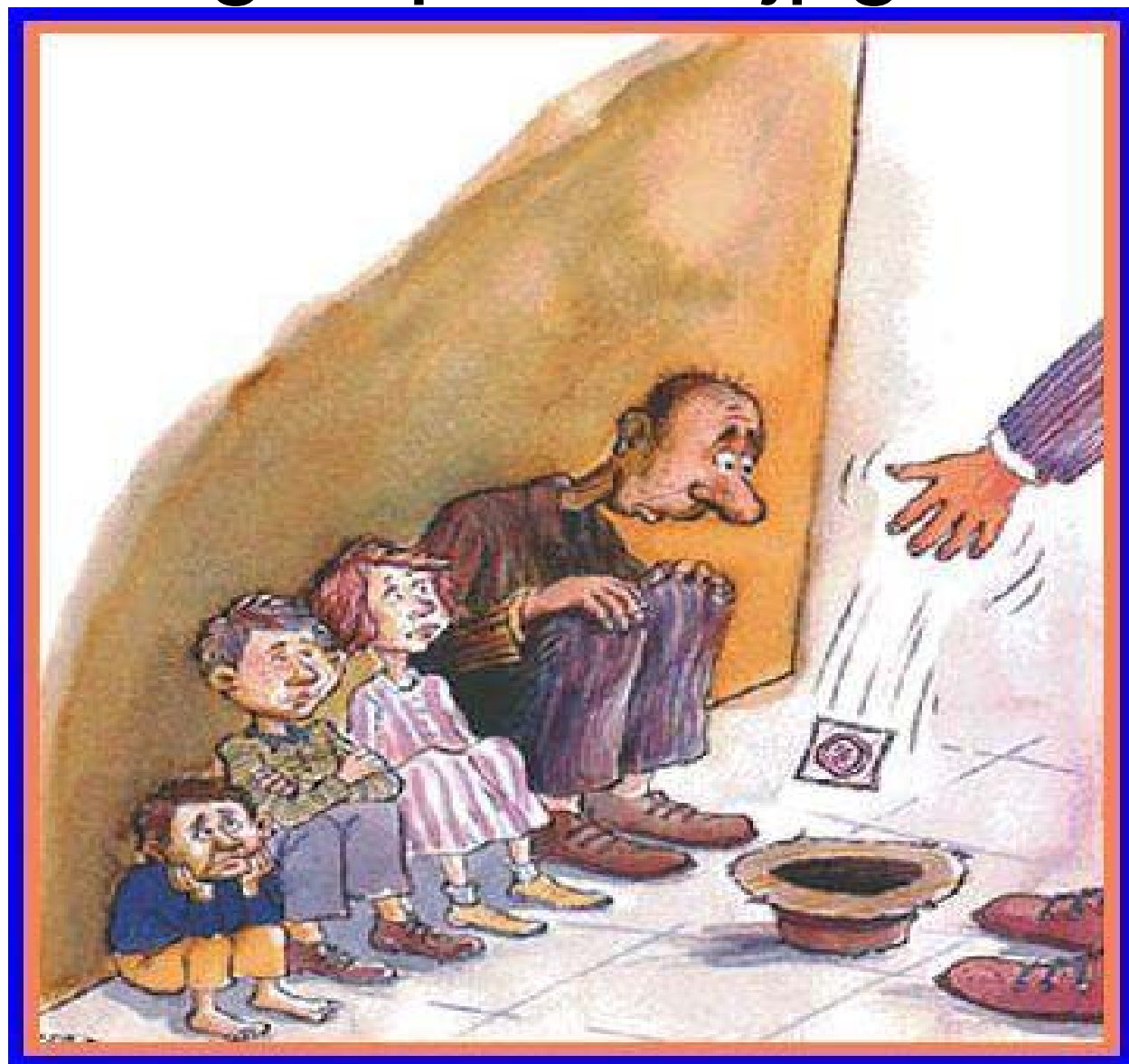
http://economy.blogs.ie.edu/archives/2008/11/mexico_mejora_1.php

Indice de Gini

Fuente: "Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries". 2008

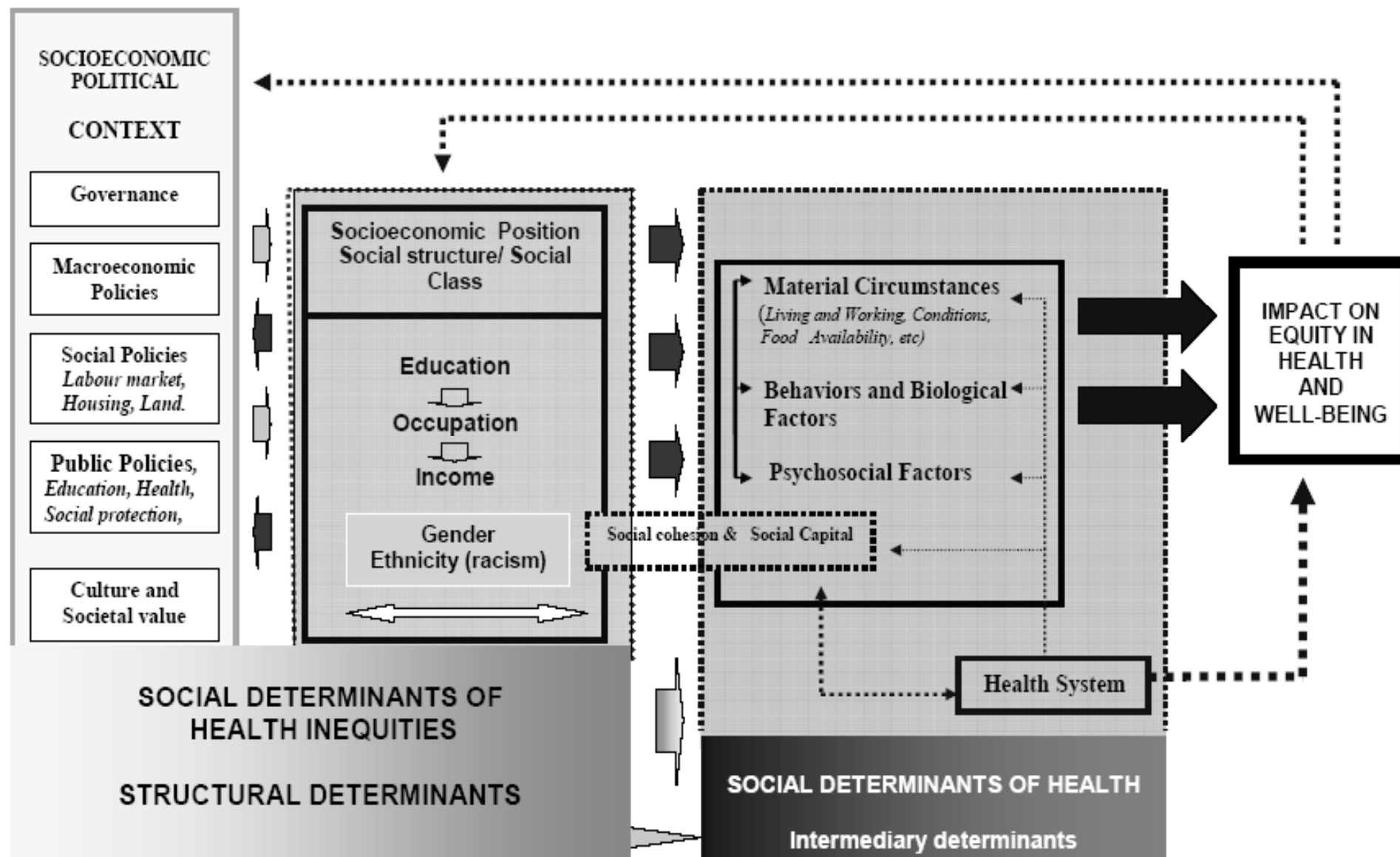


<http://bligoo.com/media/users/0/13369/images/pobres.jpg>



Part 1: A vision of health equity

i



ⁱ Diagram of social determinants of health inequities elaborated EQH/EIP 2006 (OPSH)

http://images.google.cl/imgres?imgurl=http://www.scielo.br/img/revistas/reeusp/v39n3/12q1.gif&imgrefurl=http://www.scielo.br/scielo.php?pid=DS0080-62342005000300012%26script=3Dsci_arttext&usg=__DJG96U_-IRbcpvwsbfljX1Pu6Io=&h=355&w=575&sz=23&hl=es&start=1&sig2=OdRfPII3CAjT0hhLWsOtqA&tbnid=st28Hc4MeTK4_M:&tbnh=83&tbnw=134&prev=/images%3Fq%3DDETERMINACI%25C3%2593N%2BSOCIAL%2Bdeterminaci%25C3%25B3n%2BOR%2Bsocial%2B%2522LA%2BDETERMINACI%25C3%2593N%2BSOCIAL%2522%26as_st%3Dy%26hl%3Des%26sa%3DG&ei=c_IHSoSBKsyjmQfBvOWNAg

Cuadro 1 - Límites de adecuación para la clasificación de las familias, según las diferentes variables propuestas por Queiroz e Salum⁽⁷⁾.

VARIABLES	PUNTOS DE CORTE	
	Adecuadas (FTA)	Inadecuadas (FTI)
FORMAS DE TRABAJAR (FT)		
Ingreso familiar per capita Registro formal en el trabajo*	> 2 salarios mínimos con registro profesional	< 2 salarios mínimos sin registro profesional
Beneficios recibidos del trabajo*	> 2 beneficios, uno de ellos relacionado a la asistencia de salud	< 2 beneficios, no relaciona- dos a la asistencia de salud
FORMAS DE VIVIR (FV)		
Propiedad de la vivienda Agregación social*	Casa propia, individual o colectiva Con participación en aso- ciaciones o grupos de natu- raleza diversa	Casa alquilada, cedida o invadida Sin participación en asociaciones o grupos de naturaleza diversa

* Datos referentes a los jefes de familias asalariados

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_16-sp.pdf

- Los patrones de mortalidad y morbilidad pueden atribuirse en gran medida a factores de origen
- social, de los que la pobreza es uno más. Hay otros determinantes sociales que influyen muchísimo en
- los resultados sanitarios y generan desigualdades en la salud, entre ellos los siguientes: condiciones de
- vida en la primera infancia; educación; exclusión social por razones de género, origen étnico, ocupación,
- situación geográfica u otros factores; acceso al agua potable y a servicios de saneamiento; alimentación; vivienda y hábitat; transporte; empleo y condiciones de trabajo; y procesos económicos y
- sociales vinculados a la globalización.

- 106. Toda tentativa seria de mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y de reducir
- los desequilibrios sanitarios entre los países y dentro de ellos debe basarse en estrategias que
- aborden los principales determinantes sociales de la salud. Sólo adoptando una visión holística de las
- intervenciones preventivas en favor de la salud es posible romper el conocido círculo vicioso que empieza
- con el consumo de agua y alimentos insalubres y lleva a la malnutrición y la diarrea.

- 108. Dado el estrecho vínculo existente entre la salud y las condiciones sociales, la transformación
- social, económica y tecnológica de un mundo en pleno proceso de globalización inducirá cambios en
- los perfiles epidemiológicos. La apertura del comercio y la dimensión mundial de las redes de ventas,
- aunadas a la creciente urbanización, han extendido por todo el planeta modos de vida malsanos que
- antaño se consideraban un problema exclusivo de los países desarrollados. Este proceso se ha acompañado
- de un aumento concomitante de las enfermedades crónicas en todas las regiones, que actualmente
- representan el 60% de la carga de morbilidad mundial y, según las proyecciones, supondrán en
- el futuro un porcentaje aún mayor. La transición nutricional y la venta en todo el mundo de alimentos
- ricos en azúcares, grasas y sal son fuerzas motrices de la creciente epidemia de enfermedades crónicas

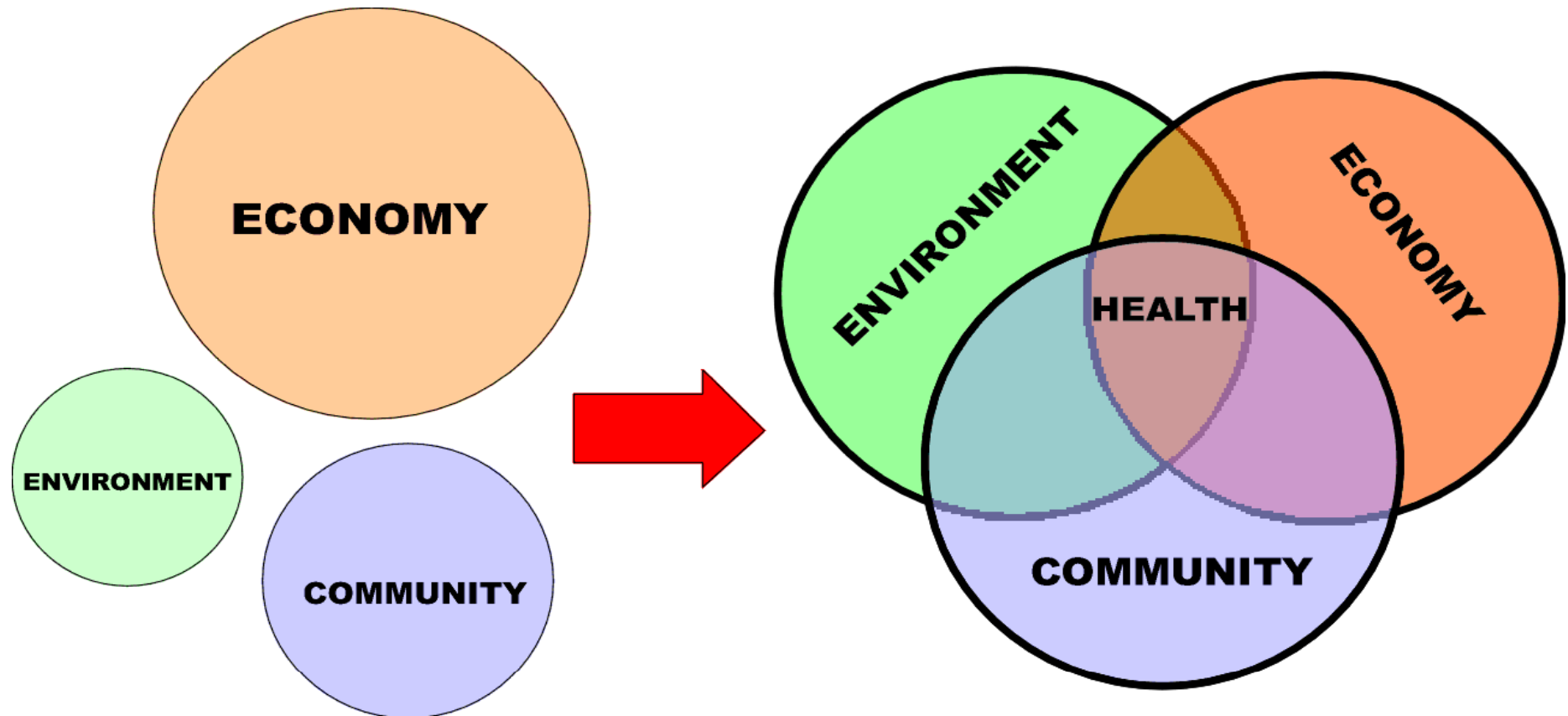
- En muchos países el ministerio de salud tiene dificultades para convencer a los ministerios de
- hacienda y planificación económica de que la salud es un tema importante y debe ocupar un lugar central
- en los planes y presupuestos del país. El sector de la salud necesita una gran capacidad de persuasión
- y coordinación para lograr que instancias de diversos sectores y de todos los niveles de planificación
- oportunos actúen con eficacia sobre los determinantes de la salud.

- La existencia de redes de apoyo y la calidad del tejido social
- también influyen en las posibilidades de salud de la gente, así como las creencias y los comportamientos
- de tipo cultural. Es posible (e imperativo) mejorar el estado sanitario de la gente yendo más allá de
- la mera prestación de servicios médicos curativos para abordar los factores que determinan las posibilidades
- de salud de cada cual.

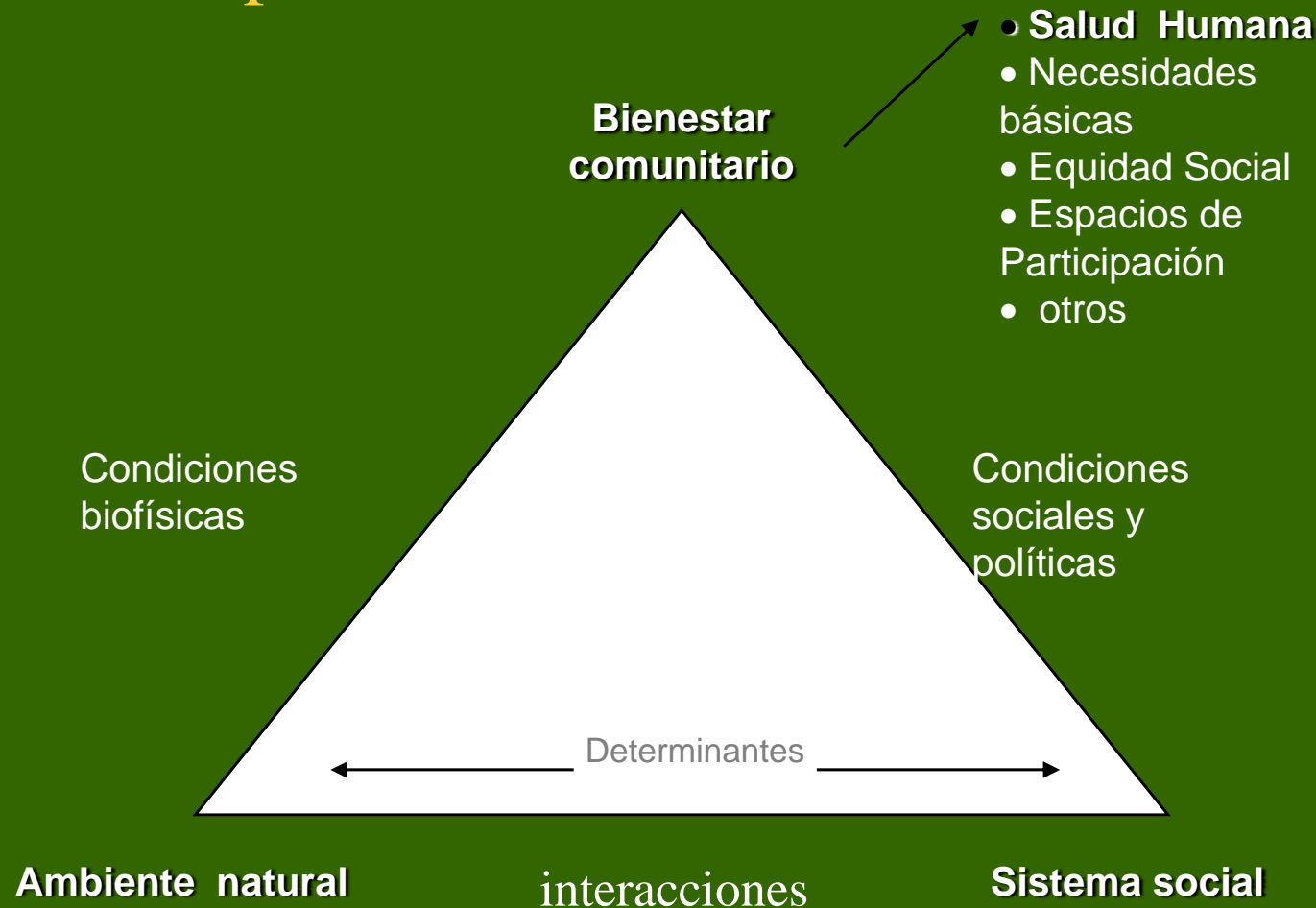
IDEAS PRELIMINARES

http://www.crdi.ca/uploads/user-S/113086598011_-_Ecosalud_-_Buenos_Aires_Roberto_Bazzani.ppt#347,19, Diapositiva 19

Análisis transdisciplinario para una abordaje intersectorial de la salud



El enfoque de ecosistemas comprende la salud humana como parte del bienestar comunitario



Diferencias con otros tipos de Investigación en Salud

NIVEL	DETERMINANTES	RESPUESTAS	FINES
INDIVIDUAL	Investigación de tipo biomédica	Investigación clínica y farmacológica	Personas - enfermas + sanas
COMUNITARIO o POBLACIONAL	Investigación de tipo epidemiológica (situación de salud colectiva y factores de riesgo)	Investigación de políticas, sistemas y servicios de salud (respuesta del sistema de salud)	Mejorar la salud comunitaria
ECOSISTEMICO	Investigación de Ecosalud: estudia las interacciones entre ambiente y sociedad y sus efectos sobre la salud poblacional	Investigación de Ecosalud: diseña acciones inter-sectoriales, con participación de múltiples actores	Comunidad + saludable en un Ambiente + saludable

Las intervenciones...

- Están basadas en el conocimiento científico alcanzado con el enfoque de ecosistemas para la salud humana
- Las intervenciones buscan actuar en respuesta a las relaciones entre ambiente biofísico y social con la salud humana, y por tanto son intersectoriales y requieren un cambio en el abordaje por parte de las políticas de salud
- Las respuestas contribuyen a la prevención y promoción de salud pues buscan evitar el daño a la salud (actuar antes) a partir de las acciones a nivel del ecosistema

- Las estrategias consideran distintos niveles de intervención (a nivel de los distintos estratos del ecosistema)
- Las estrategias de intervención se diseñan e implementan con la participación de los distintos actores e involucra a la comunidad
- Toman en consideración la equidad social y de género

- • Intervenciones para disminuir la estratificación social, tales como:
- a. Definición de Presupuesto público asignado a los distintos sectores sociales basada en la definición de metas y actividades específicas que contribuyan al cumplimiento de objetivos sanitarios y de equidad en salud en los países.
- b. Programas de participación y empoderamiento comunitario, preferentemente de los grupos socialmente excluidos, que contribuyan a la cohesión social.
- c. Programas que contribuyan a disminuir los efectos negativos de las enfermedades sobre la posición social, tales como: empobrecimiento por pagos catastróficos, desempleo, falta de protección laboral para los ciudadanos con enfermedades crónicas y/o soporte para su reinserción al trabajo.

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO:

- CLASE SOCIAL
- SUPRIMIR CLASES SOCIALES
- Ó
- REDUCCIÓN DEL DAÑO:
- HACER INTERVENCIONES
DESTIMADAS A MODIFICAR LAS
CONSECUENCIAS

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_16-sp.pdf

- 39. Diversos factores ambientales, en su mayoría relacionados con la contaminación del aire en espacios
- cerrados y la contaminación ambiental, provocan más de una tercera parte de la carga de morbilidad
- atribuible a las infecciones de las vías respiratorias inferiores. Además, algunos determinantes
- ambientales, como el acceso a alimentos y agua salubres, no sólo fueron los causantes de 1,8 millones
- de defunciones por diarrea en 2004, sino también de una parte considerable (que no se ha estimado
- adecuadamente) de la carga de enfermedades crónicas relacionada con la contaminación química de
- los alimentos y las fuentes de agua, sobre todo en los países más pobres.

- 40. En general, la salud de los adultos se caracteriza por tres grandes tendencias: la ralentización de
- las mejoras de la salud y el aumento de la brecha sanitaria, la creciente complejidad de la carga de
- morbilidad y la propagación de factores de riesgo a nuevas partes del mundo. Cada vez hay una mayor
- prevalencia de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas, incluidos los problemas
- de salud mental, en los países de ingresos medios e incluso en los de bajos ingresos, lo que
- hace que la carga de morbilidad aumente y se sume a la de las enfermedades infecciosas no vencidas y
- la epidemia todavía no controlada de VIH/SIDA. Así pues, no sólo se ve gravemente afectada la duración
- de la vida, sino también su calidad.

- 41. La solución de esos problemas de salud pública pasa por la introducción de cambios en el contexto
- socioeconómico y cultural más amplio de las prácticas industriales (tabaco, seguridad alimentaria,
- etc.), los sistemas de transporte, la agricultura y el comercio y las decisiones legislativas sobre el
- control de los productos y su etiquetado. Habrá que volver a analizar los determinantes de la salud,
- asumir el compromiso de intensificar considerablemente las actividades de sensibilización y fomentar
- una serie de cambios de conducta en todos los sectores de la sociedad.

<http://www.scielo.br/img/revistas/reususp/v39n3/12t3.gif>

- Fundamentandose en la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad, que considera el trabajo en la producción capitalista como eje para la comprensión de los procesos de fortalecimiento y desgaste, Queiroz y Salum analizaron la heterogeneidad social a través de la re-ordenación de los indicadores clásicamente utilizados por la vertiente marxista para discriminar las clases sociales (espacio ocupado por el jefe en la producción social, papel desempeñado en la organización social del trabajo y el modo y proporción de recibir la parte de la riqueza social destinada a cada uno de ellos) y del uso de otras variables comúnmente utilizadas en la vertiente de la multicausalidad (renta, condiciones de la habitación, bienes de consumo). De esta forma las autoras intentaron integrar variables que reflejaran la inserción de la familia en el trabajo y en la vida.
- Sobre este delineamiento, la reproducción social se concretiza en dos momentos: el de la producción social - *formas de trabajar* - y el de la reproducción social o consumo - *formas de vivir* .
- Queiroz VM, Salum MJL. Operacionalizando a heterogeneidade do coletivo na releitura da categoria reprodução social. São Paulo: EEUSP; 1997. [Links]
- Queiroz VM, Salum MJL, Oliveira IMV, Bertolozzi MR, Greco RM, Chiesa AM et al. Contribuição para intervenção em perfis epidemiológicos de grupos homogêneos que ocupam a área de assistência do Hospital Universitário. São Paulo: EEUSP; 1996.

[http://www.scielo.br/img/revistas/re
eusp/v39n3/12t3.gif](http://www.scielo.br/img/revistas/re
eusp/v39n3/12t3.gif)

- • *formas de trabajar* (FT) - representando la inserción de la familia/grupo en el momento de la producción social, para cuyo dimensionamiento fueron seleccionadas tres variables de corte: ingreso familiar *per capita* (en salarios mínimos), beneficios y registro formal del jefe de familia en el trabajo. Algunas modificaciones en las variables de corte se hicieron necesarias, para ajustarlas a la base empírica del presente estudio. Así, se aplicó apenas para los trabajadores asalariados el *registro formal y beneficios del trabajo*, éstos evaluados a través de los ingresos indirectos: cesta básica, vale de transporte, vale de alimentación, asistencia médica y otros, provenientes del trabajo del jefe de la familia.

[http://www.scielo.br/img/revistas/re
eusp/v39n3/12t3.gif](http://www.scielo.br/img/revistas/re
eusp/v39n3/12t3.gif)

- • *formas de vivir* (FV) - representando la inserción de la familia/grupo en el momento de consumo social, el cual fue evaluado a través de dos variables de corte: propiedad de la vivienda y grado de participación social. Para evaluar la propiedad de la vivienda se recogió información que permitió reconocer si la casa era propia, alquilada, cedida, o invadida y para el grado de participación social, informaciones sobre la participación del jefe de la familia en alguna actividad ligada a grupos/sindicatos/asociación de barrio, del trabajo, de la escuela, iglesia o otro tipo, además de la participación en actividades de recreación.

<http://www.scielo.br/img/revistas/reusp/v39n3/12t3.gif>

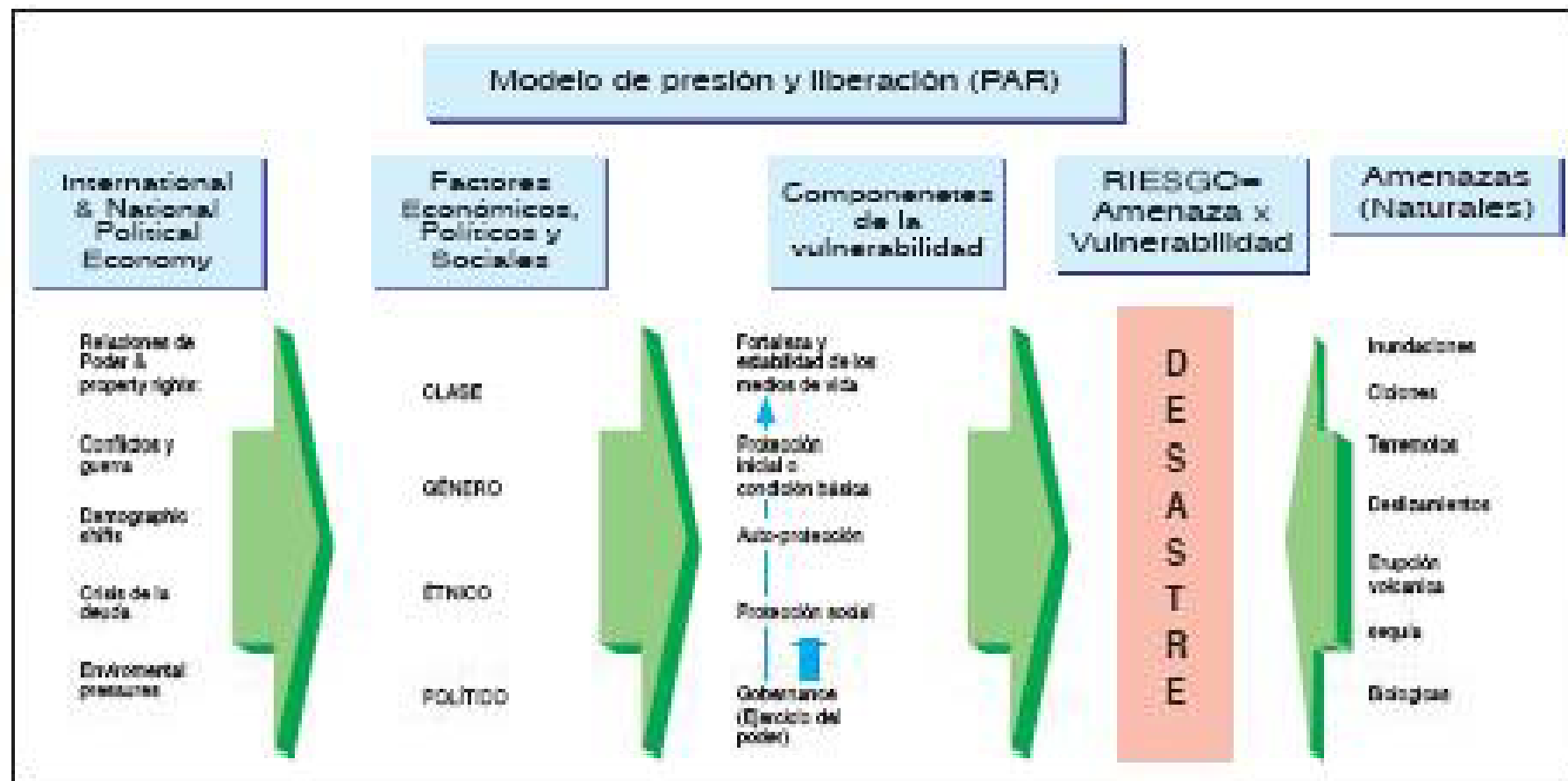
Tabla 3 - Formas de vivir de las familias en los diferentes GSH's: Disponibilidad de bienes de consumo durables e integración en la vida social. (São Paulo, 1997)

VARIABLES	GRUPOS SOCIALES HOMOGENEOS*			TOTAL
	GSH1	GSH2	GSH3	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bienes de consumo	17 (100,0)	52 (100,0)	39 (100,0)	108 (100,0)
Refrigerador	17 (100,0) ^a	48 (92,3) ^a	36 (92,3) ^a	101 (93,5)
Videocasete	16 (94,1) ^a	32 (61,5) ^b	12 (30,8) ^c	60 (55,6)
Televisión	17 (100,0) ^a	47 (90,4) ^a	38 (97,4) ^a	102 (94,4)
Integración en la vida social	17 (100,0)	52 (100,0)	39 (100,0)	108 (100,0)
Religión	13 (76,5) ^a	41 (78,8) ^a	34 (87,2) ^a	88 (81,5)
Participación en asociaciones	07 (41,2) ^a	17 (32,7) ^a	04 (10,3) ^a	28 (25,9)
Actividades de recreación**	17 (100,0) ^a	50 (96,2) ^a	34 (87,2) ^a	101 (93,5)
Deporte	08 (47,1) ^a	30 (60,0) ^a	11 (32,4) ^a	49 (48,5)
Danza	03 (17,6) ^a	02 (4,0) ^a	01 (2,9) ^a	06 (5,9)
Cine/viajes	03 (17,6) ^a	02 (4,0) ^a	-- --	05 (5,0)
Vídeo	16 (94,1) ^a	24 (48,0) ^b	9 (26,4) ^c	49 (48,5)
TV	17 (100,0) ^a	38 (76,0) ^b	31 (91,2) ^a	86 (85,1)
Lectura	10 (58,8) ^a	28 (56,0) ^a	17 (50,0) ^a	55 (54,5)
Paseo	06 (35,3) ^a	09 (18,0) ^a	04 (11,8) ^a	19 (18,8)

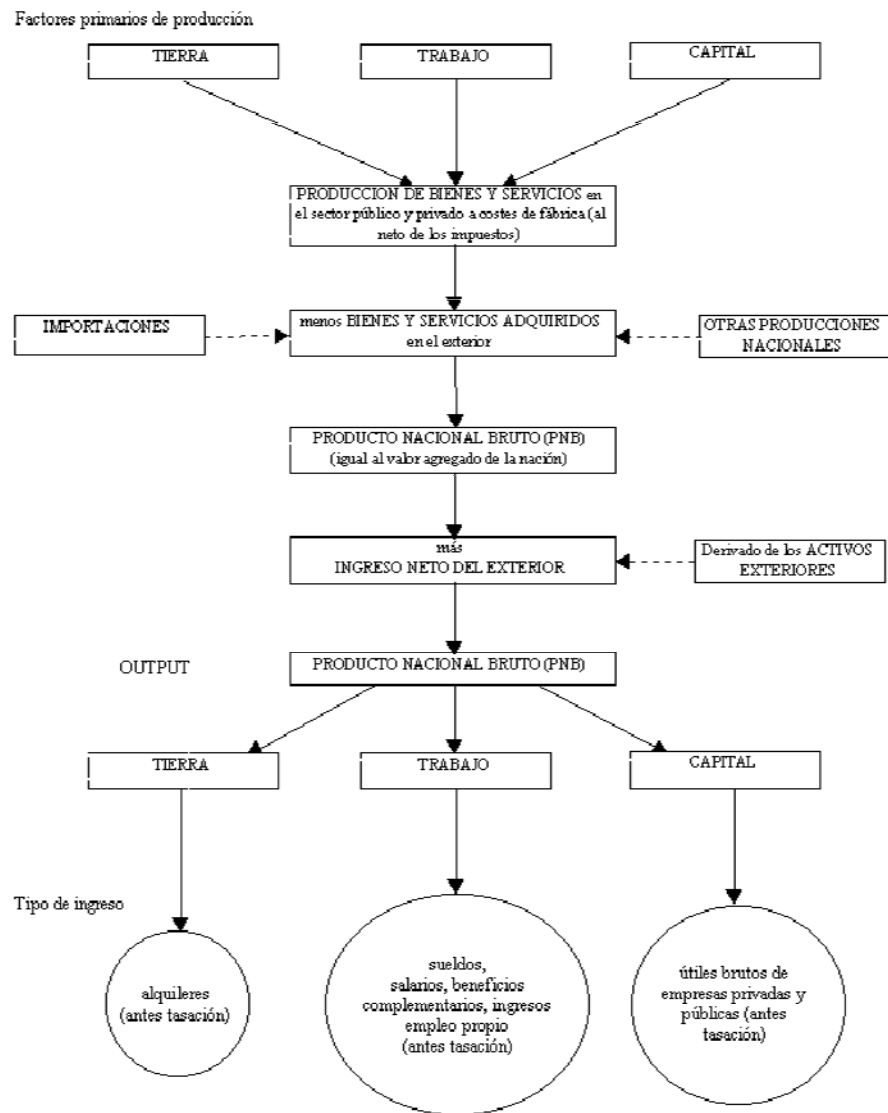
* Para cada variable, letras diferentes entre las columnas indican diferencia significativa ($P < 0,05$; teste χ^2)

** No se obtuvieron informaciones para el total de las familias, así para el análisis de cada actividad se consideró como total de familias, 17, 50 y 34 correspondientes a los GSH 1, 2 y 3.

El modelo es el siguiente:



After Blaikie and al (1994) modified by T. Cannon



http://it.wikipedia.org/wiki/Change_management

