

El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales

The WHO model as a guideline for public health based on social determinants

Luis Jorge Hernández, Jovana Ocampo, Diana Sofía Ríos y Claudia Calderón

Recibido 7 marzo 2017 / Enviado para modificación 15 abril 2017 / Aceptado 16 mayo 2017

RESUMEN

El desarrollo de la salud pública ha tenido múltiples enfoques, a partir desde los lineamientos de los sistemas de salud, la comunidad o el individuo. El presente análisis identificar los modelos conceptuales de la salud pública que surgen de analizar las categorías de salud o enfermedad y el nivel al cual se da la respuesta social: el individuo o familia, biofísico y el ambiente social; el modelo higienista o preventivo. Partiendo del concepto de modelo más allá de una representación de la realidad, como una postura ontológica de cómo entender la sociedad y el Estado, cualquier modelo se inscribe en una teoría y está en conjunto con otras teorías, hace parte de un marco de análisis. Se presentan entonces, tres modelos de proceso salud-enfermedad, el modelo canadiense que establece cuatro determinantes: estilo de vida, ambiente, factores biológicos y los servicios de salud. El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con tres determinantes, el estructural, el intermedio y el proximal, basados en enfoque de riesgo. Por último el modelo histórico-social o de determinación social, buscando las raíces de las desigualdades sociales que inciden en la salud. El desarrollo del Sistema de Salud Colombia en su momento ha pasado por estos modelos en salud, actualmente la Política de Atención Integral en Salud con el Modelo de Atención Integral de Salud basa su enfoque dentro de un modelo de determinantes cado por la OPS.

Palabras Clave: Modelos en salud pública, determinantes sociales de la salud, modelos teóricos, salud-enfermedad (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Public health has developed based on multiple approaches, including the guidelines of the health systems, the community or the individuals. This paper intends to identify the conceptual models of public health that arise after analyzing health or disease categories, as well as the level at which social response occurs: the individual or a family, biophysical and social environment; hygienist or preventive mode.

Considering that the concept of model is not only a representation of reality, but an ontological position that allows to understand society and the State, all models are part of a theory and converge with other theories to create a framework of analysis. In consequence, three models of the health-disease process are presented. First, the Canadian model that establishes four determinants —lifestyle, environment, biological factors and health services—. Second, the social determinants model of the World Health Organization (WHO) that establishes three determinants based on risk approach: structural, intermediate and proximal. Finally, the historical-social or social determination model, which looks for the roots of social inequalities that affect health. The development of the Colombia Health System has considered these health models.

L.H.: MD. Ph.D. Salud Pública. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. luishern@uniandes.edu.co
 J.O.: MD. Ph.D. Salud Pública. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. ja.ocampo@uniandes.edu.co
 D.R.: Enf. M.Sc. Salud Pública. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. ds.rios10@uniandes.edu.co
 C.C.: MD. M.Sc. Administración de Salud. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. claudiapilarcalderon@gmail.com

1. Nota del Editor: En esta Sección Especial se recogen las ponencias presentadas en el Seminario Interuniversidades de Programas de Posgrado en Salud Pública, en el primer semestre de 2017.

Today, the Comprehensive Health Care Policy, and its Comprehensive Health Care Model, bases its approach within a model of determinants established by the PAHO.

Key Words: Determinants, theoretical models, social determinants of health, public health, sociological factors (*source: MeSH, NLM*).

Siguiendo la propuesta teórica de Julio Frenk (1) es posible identificar los modelos conceptuales de la salud pública que surgen de analizar las categorías de salud o enfermedad y el nivel al cual se da la respuesta social: el individuo o familia, biofísico y el ambiente social; el modelo higienista o preventivo, cuyo “objeto” de intervención es el individuo o la familia; el modelo sanitarista que busca afectar el ambiente biofísico; y el modelo socio-médico, que busca afectar el ambiente social.

Es en este último modelo, el socio médico, se reconoce la importancia de lo “social” y se da la posibilidad de reconocer que el contexto socio-económico y político de las personas influyen en su estilo de vida y en su capacidad de tomar decisiones saludables, lo cual orienta el accionar para abordar los tipos de atención desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia o curación y la rehabilitación. Otro modelo es el eco-epidemiológico, que es la “relación de factores a múltiples niveles: celular, individual, poblacional” (2).

Un modelo constituye una representación de la realidad, en el caso del proceso salud-enfermedad, una postura ontológica de cómo entender la sociedad y el Estado; es una “representación simplificada de un proceso (puede ser parte de una teoría). Esquemáticamente, un modelo se inscribe en una teoría y está en conjunto con otras teorías, hace parte de un marco de análisis” (3). A su vez un “enfoque” es una forma particular de mirar una realidad o un énfasis. Se distinguen entonces, tres modelos de proceso salud-enfermedad:

I. El modelo de campo de la salud de determinantes sociales canadiense se identifican, para el proceso salud-enfermedad, cuatro determinantes: estilo de vida, ambiente, factores biológicos y los servicios de salud.

II. El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es jerarquizado y distingue al menos tres determinantes subsumidos uno en el otro: el determinante estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; el determinante intermedio está dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; por ejemplo, los servicios de Salud constituyen un determinante intermedio. El determinante proximal está representado por factores de riesgo indivi-

duales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia. Sin embargo, categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud.

III. El tercer modelo es el histórico-social o de determinación social, en el cual, “no es suficiente con describir las profundas desigualdades sociales y sanitarias, sino que es indispensable develar las raíces de tales desigualdades” (4). En este modelo se cuestiona el “reducir” el concepto de “determinantes estructurales” a la noción de “causas de las causas”. Así mismo se pone de presente la no “crítica del sistema social de mercado como estructura de propiedad, con sus procesos de generación y reproducción de la explotación humana y de la naturaleza” (5).

En el modelo de determinantes sociales de la OMS se habla de los determinantes sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad. No se trata de factores o variables, las cuales pueden ser sueltas, no relacionadas, que no establecen un mecanismo explicativo-interpretativo, sino de procesos que permiten identificar en forma jerarquizada un determinante estructural dado por contextos y posición social de las personas, familias y comunidades, y un determinante intermedio representado por las llamadas condiciones materiales en que transcurre la trayectoria de vida de las personas, las familias y las comunidades.

A partir del modelo se formulan políticas públicas, dichas políticas “pueden entenderse como dispositivos para el control social generados en el contexto de la modernidad, que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; en el caso de la salud pública su asunto son los problemas que afectan la salud” (6). Una forma operativa o metodológica de abordar problemas de salud y/o de calidad de vida obedece también a una intencionalidad epistemológica y a una postura ontológica (7).

En el año 2005, la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el objetivo de influir, a través de políticas y programas, sobre aquellos determinantes que fomentan la equidad sanitaria; además para mitigar las desigualdades y la injusticia social que de forma directa o indirecta tiene un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas (8).

El modelo de determinantes sociales de la OMS es explicativo-interpretativo del proceso salud-enfermedad, esto quiere decir que no pretende sólo buscar causalidad sino visibilizar y explicar las inequidades en calidad de vida y salud, así como orientar hacia las soluciones a las mismas inequidades, reconociendo jerarquías y responsabilidades diferenciales importantes.

En el modelo OMS de determinantes sociales es el que orienta, dentro del Plan Decenal de Salud Pública, la afectación del determinante estructural, no es del sector salud sino de toda la sociedad y del Estado, aunque a partir del sector salud se puede valorar cómo afecta este determinante los resultados de salud de una población.

El sistema de salud colombiano se constituye en la actualidad, en el modelo de determinantes sociales y ambientales de la OMS, como un “determinante intermedio”, es decir, está dado y explicado por un modelo de desarrollo económico, social y político. No es posible garantizar el derecho a la salud desde un solo sector, en este sentido, se debe desarrollar, desde el sector salud, una fuerte apuesta desde la interseccionalidad y la intersectorialidad, ésta última considerada una nueva lógica de gestión, que transciende un único «sector» de la política social y estrategia política de articulación entre «sectores» sociales diversos y especializados. Además, si se relaciona con su condición de estrategia, se entiende también como: instrumento de optimización de saberes; competencias y relaciones sinérgicas, a favor de un objetivo común; y práctica social compartida, que requiere investigación, planificación y evaluación para la realización de acciones conjuntas.

Actualmente, por medio de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se pretenden afectar los determinantes sociales y ambientales de la salud. Desde la promoción se busca fomentar el mejoramiento y la optimización de los contextos en los que viven y se reproducen, biológica y socialmente, las personas, las familias y la comunidad. El fomento de estos procesos se asigna mediante el reconocimiento de la necesidad de jerarquizar y explicitar las responsabilidades, y a nivel territorial de da para mejorar la calidad de vida y garantizar los servicios de salud. Esta jerarquización implica reconocer actores y responsables diferenciales, así como estructuras de poder y formas de gobernabilidad que pueden producir mayor segregación e inequidad como por ejemplo, la corrupción y la presencia de grupos armados.

Es así como dentro del marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) (9), en Colombia se pasa de considerar un sistema general de seguridad social basado en solventar contingencias, es decir reactivo, a hablar de un sistema de salud que aborda al sujeto como centro de atención integral, en un sentido más preventivo y anticipatorio;

por así decirlo, va a “compaginar el derecho fundamental de la salud y reorientar las prioridades en salud” (10). Esta reorientación del sistema de salud está fundamentada en la concepción de la persona como sujeto libre en su proyecto de vida y sujeto crítico, es decir, con capacidad de transformación de sus trayectorias y entornos. Concebir a las personas como sujetos críticos, y en consecuencia como centro de la atención integral, permite reconocer que tienen múltiples trayectorias que se relacionan todo el tiempo con sus entornos y que esta relación es un proceso que tiene mecanismos determinados jerárquicamente por contextos socioeconómicos, culturales y ambientales, entre otros (11).

El MIAS, al centrarse en las personas permitiría materializar el enfoque de desarrollo humano y el enfoque de curso de vida, según este modelo “se comienza a hablar en forma directa del sujeto, ya no solo para hacer posible el desarrollo propuesto, sino como el beneficiario, actor y creador del mismo” (12). En este contexto es importante buscar la manera de cumplir el imperativo ético del nuevo modelo de salud, respecto a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población colombiana *

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Frenk J. La Nueva Salud Pública. La crisis de la salud pública: pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C., 1992, p. 75-93. (OPS - Publicación Científica, 540).
2. Hernández Giron C, Orozco Nuñez E, Arredondo Lopez A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. Rev salud pública. 2012;14(2):315-24.
3. Roth A-N. Políticas Públicas, Formulación Implementación y Evaluación. Bogotá D.C., Colombia; 2002. p. 219.
4. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. Fac Nac Salud Pública. 2013;31(1):13-27.
5. Salas-Zapata W, Ríos-Osorio L, Gómez-Arias R, Álvarez-Del Castillo X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. Rev Panam Salud Pública. 2012;32(1):77-81.
6. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE Handbook of Qualitative Research. SAGE Publications; 2011. 766 p. (Sage Handbooks).
7. Ferrelli RM. Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales. Mexico; 2015. p. 1-88.
8. Organización Mundial de la Salud OMS/OPS. Subsanan las desigualdades en una generación. Global Health Promotion. 2008. p. 40.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. 2016. p. 1-92.
10. Congreso de la república de Colombia. Ley estatutaria No. 1751 Febrero 16. 2015;13.
11. OMS/OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. 2008. 1-46 p.
12. Universidad Pedagógica Nacional. lineamiento pedagógico y curricular para la Educación Inicial en el Distrito. 2nd ed. Bogotá D.C., Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2010. 210 p.