

Estratificación de territorios según condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en salud

Stratification by territory based on living conditions as an expression of health-related social inequalities

Ariadna Corral Martín, María del Carmen Pría Barros

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las condiciones de vida de la población están directamente relacionadas con su situación de salud, por ello la estratificación de territorios según condiciones de vida, tiene el objetivo fundamental de identificar estratos con diferentes de condiciones de vida y perfiles de salud condicionadas por estas, determinándose así diferenciales de salud según condiciones de vida, que evidencian desiguales sociales en salud.

Objetivo: profundizar desde el enfoque de la determinación social, en las condiciones de vida como expresión de desigualdades sociales en salud.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica de la literatura sobre determinantes sociales de la salud, desigualdades en salud, condiciones de vida y salud con el modelo Big 6. Se siguieron los pasos del modelo, definición de la tarea y definición de estrategias de búsqueda a partir de las palabras claves; síntesis y realización de reflexiones sobre los elementos a incorporar en el trabajo.

Resultados: se presentan los antecedentes y estado actual de estudios de condiciones de vida y salud desde el enfoque de determinación social de la salud y de desigualdades sociales en el contexto nacional e internacional. Se describen los diferentes modelos de determinación social de salud y su relación con las condiciones de vida.

Conclusiones: las condiciones de vida desiguales de diferentes grupos poblacionales producen inequidades en salud, por lo que la estratificación de territorios según condiciones de vida constituye un instrumento útil, que aporta a los decisores una guía para trazar estrategias e implementar acciones específicas y diferenciadas según las necesidades concretas de los territorios.

Palabras clave: condiciones de vida; desigualdades sociales; estratificación de territorios.

ABSTRACT

Introduction: The living conditions of the population are directly related to their health situation; therefore, stratification by territory based on living conditions has the fundamental objective of identifying strata with different living conditions and health profiles conditioned by these, thus determining health differentials according to living conditions, which show health/related social inequalities.

Objective: To go deeper, from the social determination approach, into living conditions as an expression of health-related social inequalities.

Methods: A bibliographic review into the literature about social determinants of health, inequalities in health, living conditions and health was carried out with the model Big 6. We followed the model steps, task definition and definition of search strategies through the keywords synthesis and realization of reflections about the elements to be incorporated to the work.

Results: The background and current state of living and health conditions are presented from the social determination of health and social inequalities in the national and international contexts. We describe the different models of social health determination and their relationship with living conditions.

Conclusions: Unequal living conditions of different population groups produce health-related inequities, so stratification by territory based on living conditions is a useful instrument, which provides decision-makers with a guide to devise strategies and implement specific and differentiated actions according to the needs of the territories.

Keywords: Living conditions; social inequalities; stratification by territory.

INTRODUCCIÓN

Según *Castellanos*, un principio básico de la Salud Pública es que los problemas de salud no se distribuyen al azar entre las poblaciones ni tienen frecuencia y trascendencia similar en todos los sectores sociales. Este comportamiento epidemiológico desigual puede encontrarse tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados, relacionados a las condiciones de vida en viven y se desarrollan las personas.¹

Las condiciones de vida pueden verse como un conjunto de factores determinantes que interactúan para proteger o deteriorar el desarrollo humano y social, reflejando la capacidad de la sociedad de resolver satisfactoriamente las necesidades humanas. Ellas tienen dos grandes dimensiones: la pobreza y la desigualdad social, las cuales son consecuencia de las diferencias sociales e involucran conceptos como el de equidad y el de ciudadanía.²⁻⁴

Investigaciones epidemiológicas, realizadas recientemente, señalan que incluso en sociedades desarrolladas, los peores indicadores de salud están relacionados con las desigualdades socioeconómicas y las malas condiciones de vida entre diferentes grupos poblacionales. Así lo demuestran estudios realizados en Europa basados en la utilización de diferentes indicadores como la esperanza de vida, la percepción subjetiva del estado de salud y el acceso a los servicios sanitarios, los cuales subrayan que las desigualdades sociales en salud entre las zonas con mejores y peores condiciones de vida se incrementaron en países como Gran Bretaña, Italia y España, así como en Holanda y Suecia, estos dos últimos con un modelo económico desarrollado y políticas distributivas favorables para sus ciudadanos.^{5,6}

En la edición del año 2012 del informe "Salud en las Américas", se revela la existencia de brechas e inequidades que aún persisten en la región, en especial aquellas relacionadas con el acceso a los servicios básicos y de salud, la nutrición, la vivienda y las condiciones de vida, así como la falta de oportunidades para el desarrollo humano, que hace que ciertos grupos de población sean más vulnerables que otros a las enfermedades y a los riesgos para la salud.⁷

En la publicación referida constata que en la población perteneciente al quintil más pobre se concentra el 38 % del total de defunciones de lactantes ocurridas en los países de la región en 2011. También resalta que, en Colombia y México, las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel educacional elevado, independientemente de la edad o el sexo. En Bolivia, la mortalidad entre los nacidos vivos de madres sin educación supera las 100 defunciones por 1 000 nacidos vivos, en cambio, en madres con al menos educación secundaria, este indicador toma valores de menos de 40 defunciones por 1 000 nacidos vivos.⁷

En Cuba también diferentes autores han estudiado esta temática. En el año 2003 Ramírez Márquez afirma que se han producido modificaciones en las condiciones de vida de la población cubana, lo que junto a la disminución de la homogeneidad que las caracterizaba, genera disparidades sociales que impactan en el estado de salud de la población. Este autor propone el estudio de la diversidad entre grupos humanos que presentan contrastes en diversos aspectos, entre ellos, las diferencias socioeconómicas.⁸

En su investigación, *Collado* encontró asociación del mal estado de la vivienda, las condiciones higiénicas y sanitarias inadecuadas y los factores sociales desfavorables con las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas en los niños y adolescentes.⁹

Las desigualdades en la situación de salud de una población están relacionadas directamente con sus condiciones de vida, por ello la estratificación de territorios según condiciones de vida tiene el objetivo fundamental de identificar regiones del país en las cuales estas condiciones de vida desiguales se convierten en diferenciales de salud, con la finalidad de ofrecer al Sistema Nacional de Salud información necesaria acerca de las características socioeconómicas, ecológicas, demográficas y de salud de cada territorio que pueden traducirse en problemas de salud.

El objetivo de este trabajo es profundizar desde el enfoque de la determinación social, en el estudio de las condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en salud.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente relacionada con el tema, que permitió la reflexión sobre las diferentes formas, instrumentos y enfoques del estudio. La misma incluyó libros y publicaciones periódicas de autores nacionales y extranjeros indexadas en diferentes bases de datos. A continuación, se hizo una lectura crítica de las mismas y un análisis de su contenido, lo que permitió actualizar el estado del arte de la temática que constituye un referente útil a los profesionales de la salud desde la óptica de las ciencias sociales, para la interpretación de las causas y efectos que originan las desigualdades según condiciones de vida.

Para la revisión bibliográfica y documental se utilizó el modelo Big 6 como modelo de gestión de información en cuanto a las temáticas: determinantes sociales de la salud, desigualdades en salud, condiciones de vida y salud. Se siguieron los pasos del modelo, definición de la tarea y definición de estrategias de búsqueda a partir de las palabras claves; localización de resultados de investigaciones y publicaciones en motores de búsqueda <http://www.google.c>, <http://es-es.altavista.com/>, y <http://alltheweb.com>; selección de la literatura considerada relevante para el tema; realización de síntesis de lo aportado por el tema y evaluación de la calidad de la información obtenida y realización de reflexiones sobre los elementos a incorporar en el trabajo.

DESARROLLO

DESIGUALDADES EN SALUD Y CONDICIONES DE VIDA: ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

En los últimos años en el mundo ha habido un aumento de publicaciones sobre desigualdades en salud. A partir de los siglos XVIII y XIX las investigaciones que estudian la relación entre desigualdades sociales y desigualdades en salud empiezan a ser sistemáticas y a proveer evidencias para la intervención. Los resultados de estas investigaciones indican que las peores condiciones de vida están relacionadas con los peores indicadores de salud y viceversa, de forma que se evidencia una relación directa entre ambos aspectos. Más recientemente investigaciones epidemiológicas señalan que incluso en sociedades desarrolladas la mayor diferencia socioeconómica entre grupos poblacionales está relacionada con peores indicadores de salud.¹⁰

En las investigaciones sobre desigualdades se observa una amplia variedad en torno a los términos utilizados. Diversidad, desigualdad, diferencia, inequidad, e iniquidad se definen de forma variada según el referencial teórico de los autores, y en algunos casos inclusive de forma poco precisa. Una definición muy difundida, y utilizada por organismos internacionales, es la de Whitehead que define a las inequidades como desigualdades injustas, no necesarias y evitables.¹¹

*Almeida-Filho*¹² propone definir algunos de los términos mencionados de la siguiente forma: "desigualdad es diferenciación con dimensionalidad en la esfera colectiva o poblacional en cuanto a la evidencia empírica de inequidad que puede ser expresada a través de indicadores; mientras que inequidad implica diferencias o variaciones sistemáticas no necesarias, evitables e injustas". Destaca en la definición de *Almeida-Filho*, que considera el término desigualdad como una "evidencia empírica de inequidad".

El interés por conocer las relaciones entre desigualdades sociales, condiciones de vida y salud no es en modo alguno reciente. La influencia de las condiciones de vida en las desigualdades sociales en salud tiene lugar en todas las formas de organización social y de ello se ha tenido conciencia en muchas sociedades desde la antigüedad. Ya Galeno, desde el siglo II planteaba: "La vida de muchos hombres es afectada por las particularidades de su ocupación" y que "algunos vivían así a causa de la pobreza y otros de la esclavitud".¹³

A principios del siglo XVIII, Bernardino Ramazzini, considerado por muchos como el padre de la salud laboral, publica un trabajo pionero titulado "De morbisartificum diatriba", en el que examina las enfermedades profesionales de 41 tipos de ocupaciones, resaltando el papel de los factores sociales como causa de la enfermedad. El amplio tratado sobre los daños a la salud que afectaban a quienes se dedicaban a las actividades artesanales y manufactureras, no solo significó el inicio de la tradición científica en medicina del trabajo, sino que estableció, por primera vez, la importancia del medio social como causa de las enfermedades.¹⁴

Los siglos XVIII y XIX traen dos fenómenos fundamentales para el avance de los estudios dentro de lo que se denomina Medicina Social. Por una parte, el advenimiento de la revolución industrial hace evidente la relación que hay entre la aparición de enfermedades infecciosas y la concentración demográfica de grandes masas de población trabajadora atraída a las ciudades desde el campo, viviendo en condiciones de insalubridad, hacinamiento y explotación. Así se aprecia en los trabajos de Engels, quien expuso las malas condiciones de vida del proletariado inglés en las ciudades industriales, lo cual se reflejaba en su salud.¹⁵ De esta época surge también una importante obra del reconocido sanitarista inglés William Farrs, quien publicó en 1885 un valioso trabajo sobre estadísticas vitales que confirmaba los planteamientos de Engels, al establecer que las personas con diferentes condiciones de vida como: saneamiento, abastecimiento de agua, situación económica, entre otros, tenían distintos perfiles de mortalidad.¹⁶

En 1851, Stevenson creó un índice objetivo para determinar la posición de cada individuo en la escala social lo que permitió analizar las estadísticas sanitarias según clases sociales, y así destacar las desigualdades existentes en materia de salud. Se observó que en las clases sociales más pobres predominaban las enfermedades infecciosas y los accidentes, se enfermaban más y de males más graves, se discapacitaban más y se morían más y más prematuramente.¹⁷

Desde entonces es incuestionable que la salud - enfermedad de las diferentes clases sociales depende en gran medida de sus condiciones de vida y de trabajo, y que esta situación repercute con mayor fuerza sobre aquellos sectores sociales más vulnerables y que solo con profundas transformaciones sociales que propiciaran mejores condiciones de vida se superarían las desigualdades sociales y mejoraría la salud de las clases menos favorecidas.

En la década de los 80 del siglo XX, el mutismo investigativo acerca del enfoque social de la salud se quebró cuando en Inglaterra se dio a conocer el reconocido informe Black Report y sus importantes aportes.¹⁸ Años más tarde, el estudio de Whitehall comprobó como las tasas de mortalidad (especialmente por enfermedades cardiovasculares coronarias, como el infarto agudo de miocardio) eran mayores en los niveles inferiores de la escala jerárquica en comparación con los niveles ejecutivos cercanos al nivel político.¹⁹ El estudio también mostró que los funcionarios de las clases más inferiores tenían claramente una mayor propensión a tener más factores de riesgo para la salud, como la obesidad, el tabaquismo, menor tiempo de ocio, menos actividades físicas y más enfermedades de base.

En América Latina, las discusiones sobre los factores sociales y la salud de los colectivos humanos propiciaron en la década de los años 60 la conformación de una corriente de pensamiento que se agrupó alrededor del llamado Movimiento Latinoamericano de Medicina Social. En la concepción de la Medicina Social Latinoamericana, la salud-enfermedad se reconoce como una expresión de las condiciones de vida históricamente determinadas y estructuradas, que dependen de las formas de organización social de la producción y que generan diferencias en la calidad de vida de los grupos humanos.^{20,21}

En el contexto latinoamericano pueden citarse como ejemplos el trabajo de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) sobre la magnitud de la pobreza en América Latina en los años 1980,²² la publicación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginales (COPLAMAR), sobre las necesidades esenciales de salud en México, los trabajos de Hugo Behm sobre las determinantes sociales de la mortalidad, así como el trabajo del Centro de Estudios y Asesorías en Salud (CEAS) sobre las desigualdades de salud en Ecuador".²³

En 1993, *Castellanos* presenta el "Proyecto del Sistema de Vigilancia de Salud según Condiciones de Vida y el Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar",²³ en el que hace una propuesta metodológica interesante sobre este tema, que sirve de base para otros estudios en el área.

En nuestro país también se realizaron estudios en este contexto, que abordan los problemas de salud y las desigualdades, en los que se estratificaron territorios según condiciones de vida, entre ellos destacan los siguientes:

- El Instituto Nacional de Investigaciones de la Demanda Interna y el Ministerio de Salud Pública, en 1989 desarrollaron un estudio que relacionó las condiciones de vida con el estado de salud de la población perteneciente a diversos territorios con diferente desarrollo socioeconómico.²⁴
- En 1994 el grupo Interdisciplinario de estudios en salud, dirigido por el Dr. Rojas Ochoa y auspiciado por la OPS diseñó un sistema nacional de vigilancia en salud según condiciones de vida que, aunque no llegó a implantarse fue un importante paso dentro de este campo.²⁵
- Desde inicios de la década de los 90, en la Facultad de Salud Pública y posteriormente en la Escuela Nacional de Salud Pública, se viene trabajando en el estudio de la situación de salud y las condiciones de vida con diferentes niveles de anclaje, desde la clasificación de territorios a nivel de municipios hasta provincial.²⁶⁻²⁹ Estas investigaciones se enfocan en determinar territorios homogéneos en sus condiciones de vida y en las diferencias en la situación de salud con relación a estas, con el fin de orientar las acciones y la planificación de los recursos para el sector salud en función de las necesidades específicas de los diferentes territorios. Estos estudios identifican las brechas existentes en materia de salud y de desventaja social, lo que sería el insumo para diseñar políticas sociales y de salud descentralizadas, acordes con las necesidades territoriales, que permitirían mejorar esta situación en cada territorio y por ende del país en general.

El problema de las desigualdades en salud no se refiere solamente al que existe entre países desarrollados y en vías de desarrollo, sino a los que hay al interior de los países. Las personas de grupos sociales desfavorecidos de países en vías de desarrollo llevan en sí la desigualdad entre países y además la de su grupo dentro del país, esto hace que para los mismos la situación sea mucho más difícil. Mientras

menor sea el desarrollo del país, estas diferencias internas muestran generalmente las consecuencias de una política social injusta, donde no se satisfacen las necesidades mínimas necesarias, para primero lograr vivir y luego para vivir con calidad.

MC Pría considera que en sentido general se pueden identificar 3 periodos diferenciados en los estudios de condiciones de vida y salud, el primero de ellos comienza en la antigüedad, desde Galeno hasta aproximadamente la década del 70, en este se estudiaban grupos poblacionales con condiciones de vida específicas que condicionaban un estado de salud determinado, o sea no llegaban a identificarse las desigualdades de salud debido a las diferentes condiciones de vida y cuando esto se hacía era mediante la comparación de algún indicador de salud de estos grupos socialmente determinados. El segundo período comienza en la década de los 80 con el Black Report y se extiende hasta la actualidad, en este se estudian las desigualdades en salud mediante la estratificación de las poblaciones según sus condiciones de vida y se describe la situación de salud de las mismas haciendo énfasis en indicadores de morbilidad y mortalidad evitable. El tercer periodo comienza alrededor del año 2001 y continúa hasta la actualidad, caracterizándose por investigar las inequidades en salud donde se requiere una vez identificadas las desigualdades hacer juicios de valor sobre las mismas, ya que los estudios sobre desigualdades son la base de los estudios de equidad.³⁰

Determinación social de la salud y condiciones de vida

Si la causalidad se refiere a las causas que originan los problemas de salud, los determinantes explican las causas de las causas, la esencia causal de un problema, la noción de cómo se distribuyen las causas en la sociedad.

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud".³¹

Diferentes modelos han sido propuestos para abordar las complejas relaciones que existen entre los factores que afectan el estado de salud de las personas, entre ellos se encuentra el modelo *Epidemiológico Tradicional*, que es desarrollado en un momento en que las enfermedades infecciosas predominaban y define como elementos fundamentales: el agente, el huésped y el medio ambiente. Inicialmente se le daba igual importancia a estos elementos, luego se hicieron otras propuestas en las que se daba más importancia al huésped y al ambiente que al agente.^{32,33}

En 1968, *Morris* propone el modelo *Socio-Ecológico* y define como elementos fundamentales tres grupos de factores explicativos de los determinantes de la salud: la conducta personal, el ambiente externo (físico y social) y los factores del huésped (genéticos y adquiridos).³³ Este modelo representa un avance con relación al tradicional, ya que considera también el ambiente social y los factores genéticos y adquiridos del huésped.

Laframboise planteó un modelo para el *Campo de la Salud* y este enfoque fue utilizado por *Lalonde* en 1974 para planificar la política sanitaria de Canadá.³³ Este modelo define cuatro elementos del campo de salud: medio ambiente, estilo de vida, biología humana y sistema organizativo de la atención de salud; fue desarrollado en un momento en que predominaban las enfermedades crónicas y entre sus aportes

está el reconocimiento y exploración de elementos no considerados hasta entonces en el análisis de la situación de salud. El mismo asigna igual importancia a todos los elementos y considera que el origen de todo problema de salud puede ser encontrado en ellos o en sus combinaciones.

La incorporación de los determinantes sociales dentro del marco conceptual del proceso salud-enfermedad, demostraron las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a los riesgos de enfermedad en los individuos, sosteniendo que el abordaje teórico y práctico de la salud requería de un enfoque en la población, actuando desde los factores de riesgo individual hacia los modelos sociales y estructurales que originan las oportunidades para ser saludable.³¹

Durante los últimos 30 años, se desarrollaron varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan los resultados de salud y para localizar puntos estratégicos para la acción política, entre los principales modelos utilizados se encuentran:

El modelo de *Las Capas de Influencia* de Dahlgren y Whitehead, el cual explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales. Sus autores enfatizan el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos, cuya posición determina sus oportunidades de salud.³⁴

Brunner, Marmot y Wilkinson desarrollan un modelo al que denominaron *Las Influencias Múltiples en el Ciclo de Vida*, que fue originalmente elaborado para conectar las perspectivas en salud de la clínica (curativa) y la salud pública (preventiva). El mismo ilustra cómo las desigualdades socioeconómicas en salud resultan del diferencial de la exposición a riesgos medioambiental, psicológico y conductual a lo largo del ciclo de la vida de las personas. Este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de las vías material, psicosocial, y conductual.³⁵

Las condiciones de vida como determinante intermedio dentro de cada grupo poblacional identifican su forma peculiar de imbricarse en el conjunto del andamiaje social, constituyendo el elemento mediador entre los procesos más generales de la sociedad y en particular en el proceso salud-enfermedad. Estas condiciones de vida se reproducen permanentemente en un proceso intrínsecamente contradictorio que constituye una expresión particular del proceso general de reproducción social. En cada dimensión de las condiciones de vida se contraponen los efectos beneficiosos y perjudiciales del proceso reproductivo y de las acciones de salud y bienestar.

Por otra parte, las condiciones de trabajo modelan a los hombres y mujeres que trabajan, fomentando ciertas capacidades, atrofiando otras, desgastando, más o menos rápidamente, las potencialidades humanas. El enfoque actual del estudio de las condiciones de trabajo considera la relación entorno (condiciones de trabajo en sí)-trabajador como una relación interactiva en la que ambos forman una unidad total e indisoluble.³⁶

La corriente de pensamiento médico social en América Latina se basa en los aspectos anteriormente expuestos. En la década del 80, varios epidemiólogos latinoamericanos, entre los que se destacan *Breilh, Castellanos, Granda* y el filósofo y sociólogo argentino *Samaja*, desarrollaron un proyecto teórico-práctico vinculado a la categoría reproducción social, interpretada como un conjunto de procesos mediante los cuales los hombres se reproducen como individuos y como miembros de diferentes instituciones y grupos de una sociedad en un momento histórico dado; ³⁷⁻³⁹ donde se

consideró 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.

Esto proporcionó un contexto explicativo para reconocer el concepto condiciones de vida como mediador entre la inserción social y la situación de salud, es decir, la ubicación de los grupos dentro de una sociedad que determina sus condiciones de existencia, la estructura de riesgos y oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades inherentes al ser humano y a su vez, estas estructuras de riesgos y oportunidades se expresan en perfiles de morbilidad y mortalidad específicos.

En la década de 1990, *Castellanos* propone su modelo de Situación de Salud y Condiciones de Vida, en el que considera que en cada sociedad, en un momento histórico determinado, existe un modo de vida correspondiente, que es expresión de las características del medio natural donde se asienta, del grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, de su organización económica y política, de su forma de desarrollarse con el medio ambiente, de su cultura, de su historia y de otros procesos generales que conforman su identidad como formación social, y que estos procesos generales que se expresan en el espacio de la vida cotidiana de las poblaciones se llama modo de vida de cada sociedad".³⁸

En este modelo se establece la existencia de tres niveles en la organización social: el modo de vida que expresa los procesos más generales que conforman la identidad de la sociedad como formación social en un espacio y momento dado. El particular, donde se establecen las relaciones entre los diferentes grupos que integran la sociedad, o sea las condiciones de vida; y el singular, donde se establecen las relaciones entre individuos mediante sus estilos de vida. El autor considera que la situación de salud de la población en cada sociedad está estrechamente relacionada con su modo de vida, mientras que la de cada grupo de población en particular se articula estrechamente con sus condiciones de vida generando desigualdades en salud.³⁸

Castellanos propone como definición de condiciones de vida "el conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar cada grupo de población, en el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es decir, en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que dicha sociedad ha desarrollado, y además, en las relaciones de poder que caracterizan la organización política de dicha sociedad".³⁸

Con este enfoque conceptual, *Castellanos* reconoce que las condiciones de vida pueden ser operacionalizadas en las 4 grandes dimensiones del proceso de reproducción social, cada una se expresa predominantemente en un grupo de problemas de salud y se corresponde con un campo de respuesta social.³⁸

Desde esta perspectiva es posible identificar los factores explicativos, su significación e influencia en la producción de la salud- enfermedad de un grupo social, en un mismo espacio-población y momento histórico. Cada grupo de población en un espacio determinado tiene un perfil de necesidades que se vinculan con cada una de las dimensiones de las condiciones de vida. Sin duda, que a cada perfil de necesidades en un grupo social le corresponde un perfil de problemas de salud.

En 2005, la OMS propone un marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, donde resaltan los determinantes sociales estructurales e intermedios enmarcados por lo social, los determinantes estructurales y los intermedios. Los determinantes contexto social y político. Según este modelo existen dos tipos de determinantes estructurales o sociales de inequidad de salud son aquéllos que generan la estratificación social, configurando las oportunidades de salud de grupos sociales basadas en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos, estos incluyen los factores tradicionales ingreso y educación, género y etnicidad. Por su parte, los determinantes intermedios fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las circunstancias que comprometen la salud e incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables.³¹

Territorio como expresión de las desigualdades sociales

El concepto de territorio-población orienta a la caracterización de zonas diferentes respondiendo a condiciones distintas de espacialidad.

Para la salud el territorio es entendido como la situación geográfica de ocurrencia de enfermedad en las personas en un tiempo determinado. En tanto, los grupos poblacionales a través de su accionar modifican el medio físico en interacción con otros grupos y construyen el espacio social donde habitan. Es decir, el espacio donde habitan las poblaciones es un espacio socialmente construido a través de un proceso histórico. En este sentido el espacio es una expresión de las condiciones de vida de la población. Los determinantes involucrados en este proceso de constitución del espacio social son los mismos determinantes presentes en el proceso salud, enfermedad. Estos determinantes se distribuyen de forma diferencial en el espacio, de tal forma que las condiciones de vida y condiciones de salud también tendrán una distribución diferente que generan desigualdades sociales y desigualdades en salud.

Pradilla,⁴⁰ concibe el territorio como la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales e incluye tanto las particularidades geofísicas, servicios básicos, calidad de la vivienda, características económicas, sociales y culturales de la población allí asentada.

Iñiguez y Ravenet definen al territorio como "la delimitación real de poder"; se trata de una demarcación de límites más o menos duraderos, decididos o no por consenso. La heterogeneidad de un territorio depende de factores como los del ambiente físico, químico y biológico, así como los relacionados con la historia y las relaciones de producción.^{41,42} Las autoras consideran que existen desigualdades espaciales y territoriales que se hacen menos evidentes en la medida en que se desciende la unidad de observación.

El concepto de territorio, además de constituirse como un recurso metodológico importante, permite avanzar en la construcción de mediaciones entre los determinantes más generales de la salud-enfermedad y su expresión concreta en poblaciones, territorios y tiempos particulares. Su fundamento reside en la distribución socialmente diferenciada del territorio que conforma áreas relativamente homogéneas, en las que los distintos grupos comparten los mismos soportes materiales de la reproducción social.

Para *Picckett y Díez-Roux*,^{43,44} el estudio de las condiciones de vida relacionadas con la salud, al tener en cuenta el territorio cobra una gran relevancia por diversos motivos y entre ellos mencionan que existen factores contextuales del área geográfica que explican la salud, independientemente de los factores individuales como el medio ambiente, el urbanismo, el sector productivo, los equipamientos de ocio, la provisión de bienes y servicios y los aspectos socioculturales. Señalan también que la detección de áreas geográficas con peores indicadores socioeconómicos y de salud facilitará la puesta en marcha de intervenciones, además de ser más fácil disponer de datos del área geográfica que de los propios individuos.

CONCLUSIONES

Las desigualdades en las condiciones de vida de los diferentes grupos poblacionales producen inequidades en salud, lo que se traduce en diferencias entre los patrones de morbilidad y mortalidad en estratos poblacionales con diferentes condiciones de vida.

Los factores contextuales y sociales de los territorios donde se desarrollan las personas se convierten en un conjunto de determinantes sociales de la salud que se manifiestan geográficamente a través de diferentes comportamientos en la situación de salud de la población, por lo que la estratificación de territorios según sus condiciones de vida constituye un instrumento útil para el diseño de estrategias y acciones integrales coordinadas entre diversos sectores según las necesidades concretas de los territorios al identificar las desiguales condiciones de vida de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellanos PL. Proyecto de un Sistema de Vigilancia en Salud según condiciones de vida y el Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Washington DC: OPS; 1992.
2. Castellanos PL. Foro sobre desarrollo humano. La situación de salud y calidad de vida. Políticas de salud y desarrollo humano. República Dominicana. 2007 [citado 29 Mar 2016]. Disponible en: [http://pnud.sc17.info/files/forodh/Foro %20IV %20Salud.pdf](http://pnud.sc17.info/files/forodh/Foro%20IV%20Salud.pdf)
3. Pría Barros MC. Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [citado 28 Mar 2016]; 22(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400004&lng=es
4. Astraín Rodríguez ME. Alternativas metodológicas para la clasificación de territorios y el estudio de la mortalidad evitable según condiciones de vida. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana; 2004 [citado 8 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.uvs.sld.cu/repositorio/mortaevit.zip/download>
5. Kunst AE, Mackenbach JP, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, *et al.* "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries". International Journal of Epidemiology. 2005; 34(2): 295-305.

6. Shaw M, Davey Smith GD, Dorling D. "Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress". *British Medical Journal*. 2005; (330): 1016-21.
7. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington (DC): OPS; 2011.
8. Ramírez Márquez A, López Pardo CM. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. *Rev Cubana Sal Públ*: 2007 [citado May 2016]; 31(2): [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662005000200002&script=sci_arttext
9. Collado AM, Barberis AE, Aguilar J, López JF. Condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes en el municipio La Habana Vieja. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2004 [citado 12 Abr 2016]; 42(3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000300004&lng=es
10. Weightman AL, Morgan HE, Shepherd MA, Kitcher H, Roberts C, Dunstan FD. Social inequality and infant health in the UK: systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*. 2012 [citado Ene 2016]; 2(3): [aprox 2 p.]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/3/e000964.full>
11. Whitehead M. The health divide. In: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. *Inequalities in health*. London: Penguin; 1988. p. 215-356.
12. Almeida-Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. Serie Documentos Técnicos Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
13. Sigerits H. *Hitos en la historia de la Salud Pública*. 3ra ed. México: Siglo XXI. 1987.
14. Gil Hernández F. *Tratado de Medicina del Trabajo*. México: Masson Doyma; 2005.
15. Engels. F. *El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. La Habana, Ed. Política; 1963.
16. Whitehead M. William Farr, s legacy to the study of inequalities. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(1): 86-7.
17. Susser MW. *Medicina Social en Gran Bretaña: Estudio de las clases sociales*. En: Welford AT, Argile M, Glass DV, Morris IN. *Sociedad: Problemas y métodos de estudio*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1966. 137-60.
18. Black Sir. Douglas, Morris JN, Smith C, Townsend, P. *Inequalities in Health, Report of a research*. Working Group. Londres: DHSS; 1980.
19. Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in health persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*. 1996; 313: 1177-80.
20. García J. Juan Cesar García entrevista a Juan César García. *Medicina Social*. 2007; 2(3): 153-8.

21. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Pública. 2002;12(2):128-36.
22. Magnitud de la pobreza en América Latina. CEPAL-PENUD; 1990.
23. Castellanos PL. Proyecto de un Sistema de Vigilancia en Salud según condiciones de vida y el Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Washington (DC): OPS; 1992.
24. Perfeccionamiento del Sistema de Asentamientos Poblacionales. PCS 210. Informe Sintético. Instituto de Planificación Física. La Habana: JUCEPLAN; 1991.
25. Rojas F. Sistema Nacional de vigilancia de situación de salud, según condiciones de vida en Cuba. La Habana: MINSAP; 1994.
26. Ramírez E. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Granma. 1994-1996 [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1997.
27. Villoría MJ. La Salud como expresión de las diferencias en las Condiciones de Vida. Estudio de Asentamientos Urbanos. Marianao, 1990-1991 [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1992.
28. Romero L. La Salud como expresión de las diferencias en las Condiciones de Vida. Municipio La Lisa. 1991-93 [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1995.
29. Madrazo Y. La Mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Cuba. 2000-2002 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
30. Pría MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal. Cuba, 1998-2000 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
31. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la Brecha: La Política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 2011 Oct. 19-21. Río de Janeiro. OPS; 2011 [citado 1 Dec 2015]. Disponible en: <http://www.mejorandolasaluddelmundo.com/2011/10/worldconference-on-social-determinants.html>
32. Dever GE La epidemiología en la administración de los servicios de salud. Sao Paulo: Pionera; 1988.
33. Ramis RM. Estado de Salud de la Población. Super curso [en línea] 2003. [acceso Ene 16 2016]. Disponible en: <http://uvirtual.sld.cu/wssc/slides/slides.php3?c=63&d=1>
34. Diderichsen Evans Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.
35. Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London: The Stationery Office Ltd; 1998.
36. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades en la población. Segunda edición. Washington DC: OPS/OMS; 2001.

37. Breilh J, Granda E. El deterioro de la vida. Quito: CEAS; 1990:24-7.
38. Castellanos PL. Los Modelos explicativos del proceso salud enfermedad: Los determinantes sociales. En: Martínez Navarro F. Salud Pública. Madrid: Editora Interamericana; 1997: 81-102.
39. Samaja J. La reproducción Social y la relación entre la salud y las condiciones de vida. OPS; 1994.
40. Pradilla E. Contribución a la crítica de la teoría urbana. Del espacio a la crisis urbana. México. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. 1984;16(3):595-617.
41. Iñiguez L. Desigualdades espaciales en Cuba. Entre herencias y emergencias. Heterogeneidad social en la Cuba actual. [CD-ROM]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana; 2004.
42. Ravenet M. Espacio y Territorios en los estudios sociológicos en Cuba [tesis]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos: Universidad de La Habana; 2002.
43. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analysis of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. J Epidemiol Community Health. 2001;55: 111-22.
44. Díez-Roux AV. Investigating neighborhood and area effects on health. Am J Public Health. 2001;91:1783-9.

Recibido: 30 de marzo de 2017.

Aprobado: 24 de mayo de 2017.

Ariadna Corral Martín. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: ariadna.corral@infomed.sld.cu