

## REDES COMUNITARIAS

### ¿QUÉ DETERMINA NUESTRA SALUD?

Nuestra Salud depende de muchos factores; entre ellos, algunas características individuales como la edad, el sexo y factores constitucionales, que no tenemos capacidad de modificar, y otros sobre los que sí tenemos capacidad (CSDH, 2008) (Wilkinson, Richard G. Marmot, 2003).

Las maneras en que decidimos vivir cada uno, lo que denominamos estilos de vida, son un importante condicionante de nuestra salud.

Lo que consumimos, lo que comemos, la actividad física que hacemos, con quién nos relacionamos, cómo gestionamos el estrés, etc., tendrá una repercusión tanto en el cuerpo como en nuestra mente. Es importante tomar conciencia de este hecho y que aprendamos a responsabilizarnos de las consecuencias de nuestros actos sobre nuestra salud.

Esta perspectiva individual de la salud supone que tenemos que aprender a escuchar nuestras propias necesidades y a cuidar de nosotros mismos.

Hoy en día sabemos que fumar o llevar una vida sedentaria son prácticas no saludables y otras, como hacer actividad física de manera regular o adoptar la dieta mediterránea, son buenas para nuestra salud.

Pero aún queda mucho por hacer, porque saberlo es un primer paso, pero el reto es adoptar unos estilos de vida más saludables.

El tema es complejo ya que adoptar un determinado estilo de vida no es una decisión individual, sino que está socialmente condicionada.

Son muchos, cómo hemos visto antes, los factores que influyen en la salud de las personas y que hacen que la adherencia a la hora de adoptar estilos de vida saludables sea baja o alta

Nuestros estilos de vida están condicionados por nuestra red de relaciones. La familia, las amistades, la gente de nuestro barrio, pueblo o ciudad, y sus maneras de interactuar con el mundo y con la salud, nos influyen de una o u otra forma.

**La idea importante que está detrás de esta perspectiva es que nuestras acciones no sólo tienen repercusión sobre nuestra propia salud, sino también sobre la de las personas que nos rodean.**

Esto es así porque al vivir en sociedad, nuestras acciones afectan a los demás y viceversa. Cada uno de nosotros somos modelos de salud, por acción o por omisión, de la gente que nos rodea. Por lo tanto, no se trata sólo de cuidar de uno mismo sino también del otro.

Esto promueve la idea del cuidado en salud, de los mayores a los jóvenes, y viceversa; dentro de la familia, en el barrio, en el grupo de amistades, en el trabajo.

Al mismo tiempo, esta red social que nos rodea está determinada por las condiciones de vida y trabajo, el acceso a bienes y servicios, el transporte, la vivienda, la educación, el medio ambiente, la alimentación, la ocupación, los servicios sanitarios, etc. que afectarán a nuestra salud. Y a la vez, estas condiciones dependerán de las condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y ambientales de donde vivimos.

Dependiendo del contexto histórico y político y del lugar donde nacemos, estas condiciones serán diferentes y, por lo tanto, condicionarán nuestros estilos de vida y nuestra salud, de tal forma que un entorno puede favorecer que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir o por el contrario lo puede dificultar.

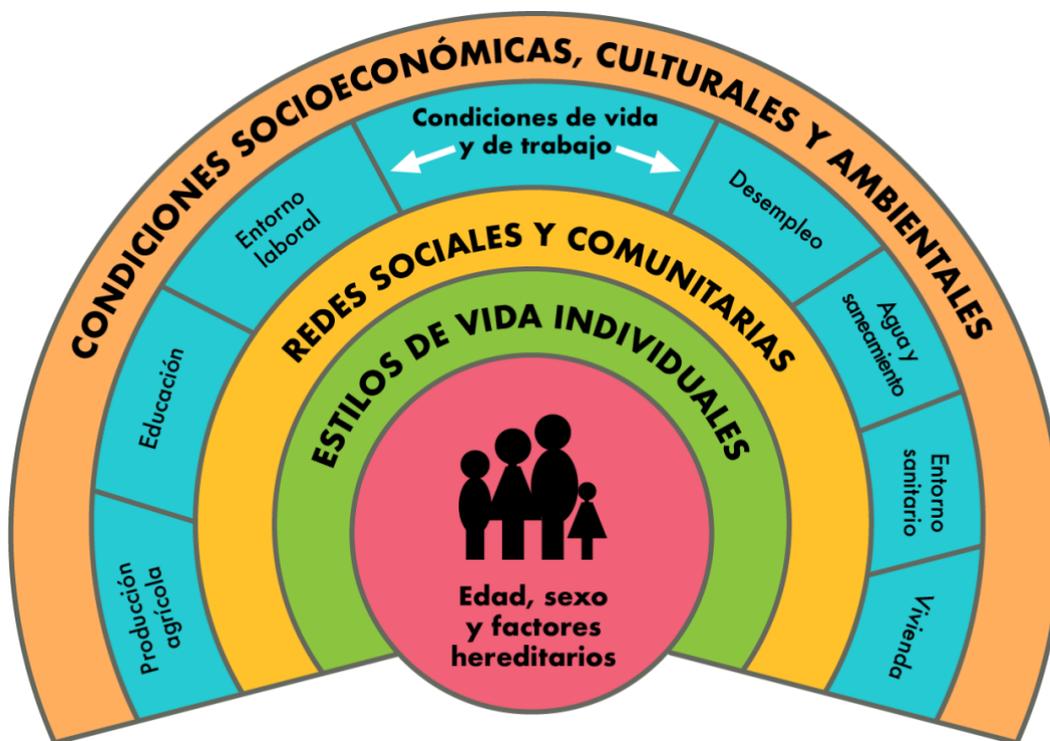


Este modelo de determinantes sociales de la salud está estrechamente vinculado a los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**.

Para poder garantizar una vida sana y una mejora del bienestar de todo el mundo debemos fomentar la salud en relación a todos los ODS e implicar al conjunto de la sociedad en el proceso, puesto que prácticamente todos los ODS están relacionados directamente con la salud. Su logro contribuirá de alguna manera a la mejora de la salud de la población (World Health Organization (WHO), 2016).

Los determinantes sociales de la salud, estructurados en diferentes niveles (Figura 1) (Dahlgren & Whitehead, 1991), pueden producir diferencias injustas en la salud de las personas y las poblaciones, lo que denominamos desigualdades en salud (Marmot, 2010); éstas derivan de las desigualdades sociales. Se pueden dar entre la población de un país rico y la de un país pobre, entre una persona en situación de desempleo y otra que tiene trabajo.

Figura 1. Fuente: Dahlgren and Whitehead model 1991



Hoy sabemos, además, que estas diferencias no afectan sólo a la parte no privilegiada de la población, sino que también repercuten negativamente en el conjunto.

Esto quiere decir que, si una sociedad es muy desigual, si por ejemplo hay una gran diferencia entre los que más y menos salario perciben, esta desigualdad perjudicará la salud de toda la sociedad, también la de los más ricos (Pickett & Wilkinson, 2015).

Así pues, para reducir estas desigualdades tenemos que actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

Por todo ello, el Gobierno tiene la responsabilidad de velar por reducir las desigualdades en salud, y realizar acciones y políticas que promuevan la equidad. Es necesario fomentar esta mirada a todos los niveles, especialmente entre los políticos y los técnicos que toman decisiones que nos afectan en nuestra condición de sociedad.

## DETERMINANTES DE LA SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES. MARCO TEÓRICO

Como comentamos, el estado de salud de las personas y poblaciones viene determinado por una serie de factores y circunstancias que les rodean durante su vida.

Estudios pioneros en investigar la relación existente entre el contexto socio-económico (ya sea a nivel macro, meso o micro) y la salud de una población surgen alrededor de mitad del siglo XIX, concretamente en 1845 cuando **Engels** publica su famoso ensayo sobre las condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra, donde analiza las condiciones de salubridad de los barrios obreros relacionándolas con indicadores de natalidad, morbilidad y mortalidad.

Poco después (1897), **Emile Durkheim** publicaría su también célebre obra sobre el suicidio (*Le suicide. Étude de sociologie*) en el que analiza la evolución en el tiempo de la tasa anual de suicidios de diferentes países europeos, relacionándola con acontecimientos como guerras, depresiones económicas o fenómenos culturales como la religión dominante en las diferentes comunidades. Ambos estudios se convertirán en referencia histórica para la epidemiología de base social.

Será un médico, Charles McIntire (1984) quien, en el seno de una asociación médica (la Academia Americana de Medicina), quien reivindique la “medicina social” y el concepto de “sociología médica”. Pese a estos antecedentes, la promoción de la salud basada en la

actuación sobre los factores socioeconómicos y del entorno físico para mejorar la salud de la población no se incorporará a la práctica de la salud pública hasta los años 70 gracias a dos hitos teóricos que transformarían la forma de pensar y de actuar en política de salud pública. Son el conocido **«Informe Lalonde»**<sup>29</sup> de 1974 realizado por Marc Lalonde, entonces Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, y la **tesis de Thomas McKeown** sobre los factores que más influencia han tenido en la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida en la población de Inglaterra.

Ambos establecieron la existencia de una serie de “factores determinantes de la salud” de la población además de los servicios médicos y la salud pública tradicionales, abriendo el campo de actuación a otros entornos y a otros actores, lo que acabaría dando lugar al concepto de “salud en todas las políticas”.

El **Informe Lalonde** está considerado como el primer documento de un gobierno del mundo occidental moderno en reconocer que si queremos mejorar la salud de la población tenemos que mirar más allá del sistema tradicional de atención de salud (el cuidado de las personas enfermas). Demuestra que el campo de actuación de la salud se divide en cuatro grandes ámbitos interdependientes de actuación que influyen o determinan la salud de los individuos y de las poblaciones: biológico, ambiental, estilos de vida y sistemas de atención de salud.

Pese a las lógicas aportaciones del informe Lalonde hay que tener en cuenta, como señala Andreu Segura, sus aportaciones a una hipertrofia de la importancia de los estilos de vida versus las condiciones de vida. “La visión que más ha calado en el sistema sanitario es la de Marc Lalonde, inspirada en la aproximación voluntariamente reduccionista de Laframboise. Visión explicativa, pero que condujo a una medicalización de los estilos de vida por parte del sistema sanitario, con el consiguiente encarecimiento y, por desgracia, con muy poca repercusión en las conductas saludables, en su caso incluso a costa de incrementar las desigualdades.

El modelo apenas aborda una reflexión profunda sobre la importancia de los determinantes sociales en la salud, las condiciones de vida, y se queda en la superficie, en el abordaje de los estilos de vida”.

Como indicamos anteriormente, otro hito teórico que transformó la forma de pensar y de actuar en política de salud pública fue la tesis de **Thomas McKeown** según la cual el aumento en la esperanza de vida que se produce en Inglaterra a partir del siglo XVII es producto fundamentalmente de la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas gracias al aumento generalizado del nivel de vida y la mejora nutricional que refuerza la resistencia a la enfermedad de la mayor parte de la población, jugando en ese cambio demográfico un papel marginal el desarrollo de las intervenciones médicas curativas o las reformas sanitarias entre otros.

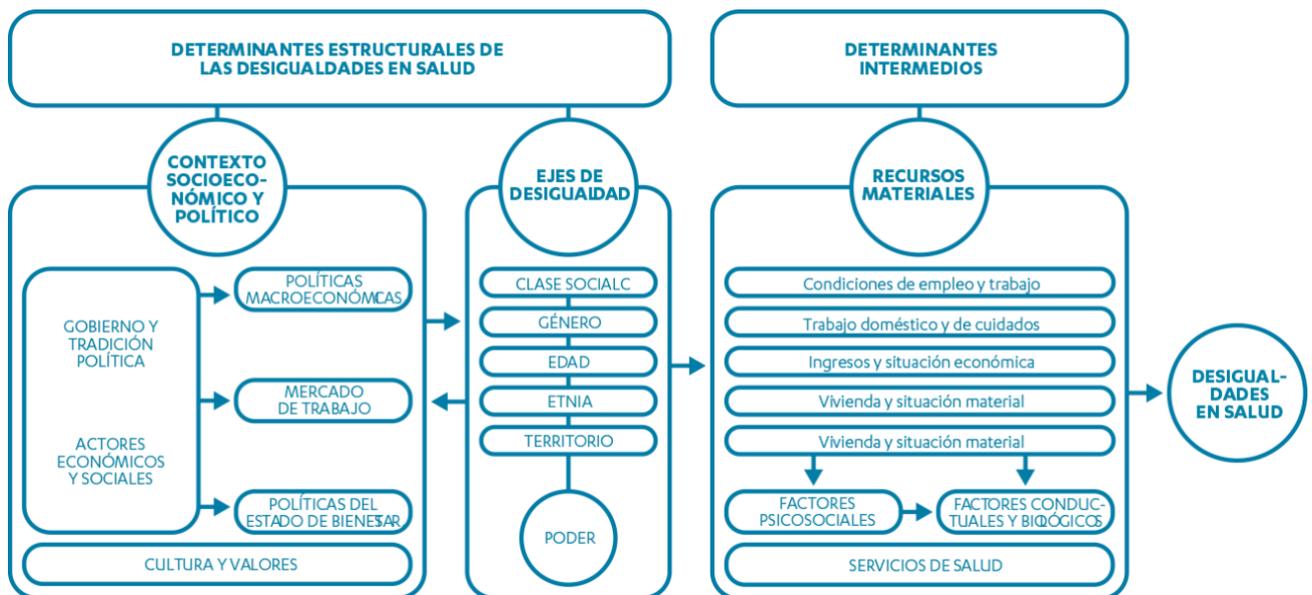
Por tanto, en la salud y bienestar de la comunidad influyen numerosos factores. Además de los propios condicionantes biológicos, se encuentran las actuaciones del sistema sanitario y también otros con incluso un mayor peso específico como los estilos de vida, los determinantes socioeconómicos o las condiciones medioambientales en las que vivimos.

Existen diversos modelos teóricos que estudian estos determinantes de la salud. Uno de los más destacados es el desarrollado por **Dahlgren y Whitehead** en 1991<sup>31</sup>. Sus autores afirman que los determinantes conforman capas de influencia. Por tanto, la edad, sexo y constitución de la persona, factores invariables, están influenciados por factores que pueden ser modificados por la acción política. La primera capa la conforman los estilos de vida del individuo (actividad física, consumo de tabaco...). La siguiente capa son las redes sociales y comunitarias, seguida de la influencia de las condiciones de vida y laborales para mantener la salud, finalizando con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de la sociedad. Dicho modelo plantea que las inequidades en salud son resultado de la interacción de diversos niveles de determinantes, desde individuales hasta de las comunidades, influyendo las capas más externas sobre aquellas que se encuentran por debajo.

Asimismo, es preciso tener muy en cuenta los estudios de Geoffrey Rose y su aproximación para entender las diferencias entre las intervenciones a nivel individual y las intervenciones a nivel poblacional.

En nuestro contexto, para el análisis de las diferencias en salud injustas y evitables utilizamos como referencia el Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud elaborado por la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España en el año 2010.

Figura 2. Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010).



El modelo muestra la influencia de los factores estructurales sobre los determinantes intermedios y éstos a su vez sobre las desigualdades en salud.

Los factores estructurales incluyen tanto el contexto socioeconómico y político como los ejes de desigualdad que determinan las jerarquías de poder en la sociedad. Entre dichos ejes, relacionados transversalmente

entre sí, se encuentran: el género, las desigualdades en salud injustas y evitables entre hombres y mujeres, las desigualdades vinculadas a la clase social a la que se pertenezca, las diferencias en salud en función de la edad en niños, ancianos..., diferencias en relación a la etnia a la que se pertenezca y finalmente las vinculadas al territorio en el que se viva.