

**ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES
DE LAS INEQUIDADES EN SALUD COMPARADA CON LA TEORÍA DE
DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD PARA LA COMPRENSIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
OLGA LUCIA GÓMEZ GUTIÉRREZ
Magíster en Salud Pública, Doctora en Filosofía**

**ESTUDIANTE:
FABIAN CAMILO NIÑO NUVÁN
CÓDIGO 1905433-7680**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI 29/11/2022**

**ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES
DE LAS INEQUIDADES EN SALUD COMPARADA CON LA TEORÍA DE
DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD PARA LA COMPRENSIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN INFANTIL**

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
OLGA LUCIA GÓMEZ GUTIÉRREZ
Magíster en Salud Pública, Doctora en Filosofía**

**ESTUDIANTE:
FABIAN CAMILO NIÑO NUVÁN
CÓDIGO 1905433-7680**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI 29/11/2022**

DEDICATORIA

A Nati, mi esposa, por ser ejemplo de trabajo y dedicación académica y por su acompañamiento y apoyo en cada uno de los momentos del desarrollo de la maestría y la presente investigación.

A mis padres y hermano que me brindaron las herramientas base para cada paso que he dado en mi formación académica y son un valioso e incondicional apoyo en cada espacio mi vida.

AGRADECIMIENTO

A la profesora Olga Lucía, mi directora de trabajo de grado, por su valiosa guía y múltiples enseñanzas en el proceso investigativo.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.2 ESTADO DEL ARTE	11
1.3 APROXIMACIÓN TEÓRICA	17
1.4 OBJETIVOS	23
1.5 ABORDAJE METODOLÓGICO	24
1.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
CAPÍTULO 2: TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD.	30
2.1 LOS PROBLEMAS DEL MODELO BIOMÉDICO Y DE ESTILOS DE VIDA.....	30
2.2 TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD	35
2.2.1 Las teorías previas.....	36
2.2.2 Historia de la construcción de la teoría	38
2.2.3 Teoría de los determinantes sociales de las inequidades en salud	39
2.2.3.1 Determinantes estructurales y posición socioeconómica	39
2.2.3.2 Determinantes sociales intermedios	41
2.3 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD.....	44
CAPÍTULO 3: TEORÍA DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD	55
3.1 CRÍTICAS A LA TEORÍA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD.....	55

3.2 TEORÍA DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.....	58
3.3 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD	63
CAPÍTULO 4: ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD PARA LA COMPRENSIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL	73
4.1 EL CASO DE LAS INVESTIGACIONES EN DESNUTRICION INFANTIL	74
4.2 ALCANCES Y LIMITACIONES	87
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES.....	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	115

RESUMEN

Introducción: la desnutrición infantil es un problema de salud pública de interés mundial que tiene mayor relevancia en países de medianos y bajos ingresos de África, Asia y América Latina. Por ser la desnutrición infantil un problema de interés en salud pública ha sido ampliamente estudiado desde diferentes corrientes teóricas. Hay estudios que evalúan la desnutrición infantil desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud, pero hay debates sobre si esta teoría lleva a la comprensión de la Desnutrición Infantil como fenómeno de Salud Pública. En este debate la corriente de la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana, desde su teoría de Determinación Social de la Salud, ha aportado mucho a la reflexión teórica.

Objetivo: el presente estudio tiene como objetivo establecer los alcances y las limitaciones de la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud para la comprensión de la Desnutrición Infantil.

Metodología: se realizó una investigación teórica con el método de análisis conceptual proveniente de la filosofía de la ciencia. La información se recolectó de textos representativos de cada una de las teorías en que se identificaron y definieron los conceptos clave, y supuestos de cada teoría. El análisis incluyó una comparación entre conceptos e identificación de conceptos conflictivos y supuestos contradictorios. Posteriormente se presentó el caso de las investigaciones en desnutrición. Con los elementos analíticos de la teoría se realizó el análisis del caso de modo que se concluyeron los alcances y las limitaciones de la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud para la comprensión de las Desnutrición Infantil.

Resultados: la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud trata de superar los problemas del Modelo Biomédico y de Estilos de Vida (hegemónico en investigación en salud), sin embargo, no lo consigue completamente. La teoría presenta un concepto estructura social a partir del concepto de determinantes sociales de la salud, sin embargo, no tiene una teoría de lo social por lo que termina trabajando sobre el nivel individual. En desnutrición infantil esto se hace evidente por el uso variables individuales sin un abordaje real de lo

social. Así, las recomendaciones que se generan se dirigen a la aplicación de políticas en Salud Pública que quedan restringidas a mitigar el problema de la desnutrición en poblaciones o grupos sociales específicos. Por su parte, la teoría de Determinación Social de la Salud es una teoría sólida conceptualmente, propone un abordaje holista de la enfermedad y hace una crítica al sistema de producción capitalista muy relevante en el estudio del problema de la desnutrición. En las investigaciones en desnutrición que usan la teoría de determinación social de la salud se pone en evidencia todo el contexto macroeconómico y social hasta la influencia que ejercen en la alimentación de las diferentes clases sociales.

Conclusiones: la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud tiene problemas para comprender la Desnutrición infantil. Los hallazgos de las investigaciones basadas en dicha teoría pueden estar distorsionados y no están interpretando adecuadamente el mundo real. Es importante renovar teóricamente a la Salud Pública y a las investigaciones en Salud Pública. A nuestro juicio, hacer cambios sobre la DSS1 no solucionaría los problemas evidenciados en la teoría. La teoría de Determinación Social de la Salud podría ser una buena opción para abordar las investigaciones sobre los problemas de interés en Salud pública.

Palabras Clave:

Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud, Determinación Social de la Salud, malnutrición, desnutrición infantil, análisis conceptual, filosofía de la ciencia.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Se estima en el 2019 un total de 144 millones de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, con una prevalencia mundial de 21,3%. Para América Latina y el Caribe reporta una prevalencia de 9% de desnutrición aguda y 1,3% de desnutrición crónica (UNICEF et al., 2020).

En Colombia, la última Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN- 2015), reveló en menores de 5 años una prevalencia de desnutrición crónica del 10,8%, con datos desagregados de 9,9 % en la región pacífica y 13% en Bogotá DC. (MINSALUD et al., 2015). A su vez, el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS), en el año 2019 presenta 257 casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, de estos un 66% en menores de 1 año y un 33% entre 1 y 5 años (Instituto Nacional de Salud, 2019), esto teniendo en cuenta que existe una relación directa entre la desnutrición infantil y enfermedades respiratorias y diarrea. (Bullón C & Astete R, 2016). Uno de los mayores problemas de la desnutrición infantil es la predisposición que produce esta sobre desenlaces prevenibles como la mortalidad infantil (Sobrino et al., 2014a).

Se han realizado diferentes estudios sobre la desnutrición infantil (DNI) usando el modelo de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud (DSS1)¹, con resultados negativos hacia relaciones como el ingreso per cápita de cada país, el coeficiente Gini y múltiples determinantes tanto estructurales como intermedias que comprueban su relación directa con las inequidades en salud y la desnutrición infantil crónica (Larrea & Kawachi, 2005; Subramanian et al., 2003) Se ha indicado, además, que hay una relación inversa entre riqueza

¹ Se emplearán las Siglas DSS1 y DSS2 en el desarrollo de la propuesta de investigación para hablar de las teorías de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud y Determinación Social de la Salud respectivamente. Los números 1 y 2 se emplean con el fin de diferenciar las siglas, pero no tienen ningún sentido jerárquico ni preferencia alguna por las teorías.

familiar e ingreso per cápita y DNI (Smith & Haddad, 2015), otros estudios han encontrado mayor desnutrición crónica en zona rural vs urbana y mayor en hombres que en mujeres (Vallejo Solarte et al., 2016); además, se relaciona la DNI con la estructura política y económica de cada país, como determinantes de pobreza o factores como la ocupación del jefe del hogar y la etnia (Bullón C & Astete R, 2016). Otros estudios, han encontrado poca relación entre el crecimiento macroeconómico y una reducción sustancial de la desnutrición crónica (Joe et al., 2016).

En América Latina desde mediados de los años setenta se ha propuesto abordar el proceso salud-enfermedad desde la teoría de la Determinación Social de la Salud (DSS2), entendida como un proceso dialéctico y con perspectiva crítica, que discute el abordaje causal de los determinantes sociales de la salud y propone un proceso en que lo biológico está subsumido en lo social a través de procesos de producción, reproducción social y consumo (Morales Borrero et al., 2013) y critica abiertamente la acción política propuesta por los DSS1 que termina siendo estrictamente gubernamental. La DSS2 propone un modelo en que la acción política y la configuración del riesgo tienen una base en los movimientos y organizaciones sociales en busca del equilibrio a través de la lucha de clases y la reconfiguración final del sistema de producción imperante (Arellano et al., 2008; Breilh, 2013)

Bajo la teoría de determinación social de la salud se dio un estudio en que los investigadores relacionaron la desnutrición crónica infantil con retardo psicomotor, anemia, deficiencia de vitamina A y parasitosis en las zonas rural y urbana del Urabá (Colombia) encontrando diferencias poblacionales de acuerdo a los modos de producción económica, la reproducción social resultante, y las formas de distribución y consumo de materias primas y productos en la región que conllevan a inequidades en materia de salud (Carmona Fonseca & Botero Correa, 2013; Carmona-Fonseca & Correa-Botero, 2014)

Por otro lado estudios de la UNICEF han documentado que en el mundo hay suficiente comida para alimentar a todas las personas y que se desperdicia 30 a 50% del alimento que se produce (Vargas & Hernández, 2020); además, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) ha planteado para América Latina y el Caribe

que no hay crisis de disponibilidad de alimentos, sino diferencias en el acceso a estos, lo que conlleva a inseguridad alimentaria (Jiménez-Benítez et al., 2010).

Como se expuso anteriormente, hay estudios que evalúan la desnutrición infantil desde la perspectiva de los DSS1, pero la corriente de la medicina social y salud colectiva Latinoamericana, desde su teoría de DSS2, sostiene que esta perspectiva no da cuenta de forma completa de los problemas de interés en Salud Pública, en tanto que los resultados de los estudios, se relacionan de forma directa con las formas de gestión política, los mandatos económicos y sociales resultados del modelo de producción capitalista con una pobre problematización de las desigualdades que los generan; lo que hace difícil la configuración de los daños generados en la salud de las personas.(Arellano et al., 2008; González Guzmán, 2009)

De acuerdo con lo anterior con la presente investigación se pretende resolver la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los alcances y las limitaciones de la teoría de los determinantes sociales de las inequidades en salud comparados con la teoría de la determinación social de la salud para la comprensión de la desnutrición infantil?

Para resolver dicha pregunta se realizará un análisis conceptual de la teoría DSS1 y de la DSS2 con el fin de identificar los alcances y limitaciones de la DSS1 para la comprensión de la DNI.

Dependiendo de la teoría empleada en el estudio de cualquier fenómeno, se va a entender o no dicho fenómeno, en Salud Pública entender de forma amplia y adecuada un fenómeno permite lograr intervenciones y cambios sociales en pro de la población. La presente investigación pretende aportar desde lo teórico al abordaje de los estudios en DNI para lograr mejor entendimiento de las dinámicas sociales que determinan la DNI y así abrir un espacio en intervenciones que la solucionen.

1.2 ESTADO DEL ARTE

En el siguiente apartado se expondrán las investigaciones realizadas sobre DSS1 y su relación con la DNI, posteriormente se presentarán los avances existentes en las investigaciones sobre la DSS2 de igual manera en relación con la DNI.

A nivel mundial la prevalencia de desnutrición infantil crónica en 2019 fue de 21.3% y aguda de 6,9%. África y Asia son los continentes más afectados con prevalencias de 29.1% y 21.8% de desnutrición crónica respectivamente y 6,4% de desnutrición aguda para África y 9,1% en el caso asiático. El caso de América Latina y el Caribe es menor pero igualmente significativo, para el 2019 se reporta 9,1% de desnutrición crónica y 1,3% de desnutrición aguda. (UNICEF et al., 2020) La situación nutricional en países de bajos y medianos recursos de África, Asia y América Latina y el Caribe es preocupante por lo que dicho fenómeno es estudiado ampliamente.

En Latinoamérica, se han realizado diferentes estudios con la finalidad de describir los determinantes sociales de las inequidades en salud asociados a la DNI. Estudios han encontrado una asociación entre la desnutrición infantil y las inequidades económicas entre áreas rurales y urbanas, siendo el área rural la más afectada; además, se han reportado diferencias significativas entre departamentos o provincias de acuerdo a la división política de cada país (Benjumea et al., 2017; Bullón C & Astete R, 2016; Huicho et al., 2017; Larrea & Kawachi, 2005; Sobrino et al., 2014b) Asimismo se encontraron inequidades por etnia o raza como el caso de Perú en que la población indígena tiene mayor desnutrición comparada con otros grupos poblacionales. (Larrea & Kawachi, 2005)

Teniendo en cuenta los cambios políticos y comerciales, Álvarez y Pérez, en Colombia, en 2013, propusieron y aplicaron un esquema para analizar los determinantes sociales estructurales en el país. Los autores encontraron; Primero, los cambios estructurales que se han dado desde los años 80 tras el ingreso a Colombia de las políticas económicas neoliberales afianzaron la concentración de tierras en pocas manos y fueron un trampolín para el desarrollo de la minería y ganadería extensiva, resultando en la subutilización de la tierra, reducción de los recursos naturales, desplazamiento forzado y aumento del conflicto

agrario. Segundo, el país ha firmado decenas de acuerdos internacionales para la comercialización de alimentos y materia prima, según los autores, sin una política real de apoyo al productor para ingresar al mercado de forma competitiva. Tercero, no se goza de una adecuada infraestructura vial ni tecnológica para la producción, almacenamiento y transporte de alimentos lo que ha generado aumento de las importaciones, disminución de las exportaciones, pérdidas para los agricultores y aumento de precios para los consumidores. Cuarto, Todo lo anterior, ha generado diferencias notables en la situación nutricional en Colombia por departamentos según estrato socioeconómico, siendo el departamento del Vaupés uno de los más afectados (Álvarez Castaño & Pérez Isaza, 2013).

Teniendo en cuenta la estratificación social, se ha encontrado relación de la desnutrición infantil con determinantes como la baja escolaridad materna y número de hijos(Álvarez Castaño & Pérez Isaza, 2013; Benjumea et al., 2017; Bullón C & Astete R, 2016; Huicho et al., 2020; Larrea & Kawachi, 2005), orden de nacimiento de los hijos siendo el más afectado el hijo mayor(Barrera Dussán et al., 2018; Sobrino et al., 2014a)la escolaridad en padre y madre (Barrera Dussán et al., 2018; Benjumea et al., 2017; Huicho et al., 2017), las características estructurales de la vivienda y el estado socioeconómico del hogar (Larrea & Kawachi, 2005) , además del ingreso familiar (Benjumea et al., 2017; Huicho et al., 2020) y, para el caso colombiano, el estrato socioeconómico que a su vez es condicionante de aspectos como el hacinamiento(Barrera Dussán et al., 2018).

Frente a los servicios de salud se ha encontrado relación entre la desnutrición infantil y factores como el número de controles prenatales(Bullón C & Astete R, 2016), el parto institucional y controles de crecimiento y desarrollo en niños y niñas (Bullón C & Astete R, 2016) y la calidad de los servicios de salud (Alvarez Ortega, 2019), que puede ser medida desde la cobertura de vacunación y las terapias de rehidratación oral. Los estudios reportan factores biológicos como el bajo peso al nacer(Alvarez Ortega, 2019; Bullón C & Astete R, 2016) y la presencia de diarrea los días previos al estudio (Sobrino et al., 2014a) y finalmente factores asociados al estilo de vida como una dieta alta en carbohidratos y cereales y baja en micronutrientes y proteínas(Barrera Dussán et al., 2018; Larrea & Kawachi, 2005) .

En diferentes estudios realizados en algunas regiones y países de África y Asia se ha encontrado de forma sistemática una relación entre pobreza y DNI (Beal et al., 2018; Deshmukh et al., 2013; Keino et al., 2014; Kismul et al., 2018; Mohammed et al., 2019). En Myanmar se encontró que, en las áreas rurales, en las cuales hay mayor pobreza y un mayor impacto negativo del conflicto armado, hay menor seguridad alimentaria. Además, los niños que viven en las áreas rurales tienen una mayor probabilidad de sufrir de desnutrición en comparación con aquellos que viven en las áreas urbanas (Htwe, 2020). En Etiopía, también se encontró una asociación entre pobreza y desnutrición infantil; sin embargo, es importante anotar que la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años en las poblaciones de altos recursos era también alta (26,9%), aunque menor a las poblaciones de bajos recursos (45,1%) (Mohammed et al., 2019).

Algunos autores han estudiado el capital social y las condiciones de vida de las personas. En India se halló relación entre el capital social y las inequidades económicas y la desnutrición infantil (Story & Carpiano, 2017). En Myanmar reportan relación del capital social con la desnutrición crónica pero no encuentran relación entre el capital social y la desnutrición aguda; reportan es importante el apoyo económico del padre en relación a una mejora nutricional infantil (Win et al., 2020). Se ha relacionado también la desnutrición infantil a la edad de la madre, la adolescencia es la edad con mayor riesgo reportado (Beal et al., 2018; Htwe, 2020; Huda et al., 2017; Keino et al., 2014; Kismul et al., 2018), sin embargo, un estudio realizado en Gana encontró mayor riesgo de desnutrición en hijos de mujeres entre 35 y 44 años (Darteh et al., 2014).

Hay hallazgos importantes en relación a la escolaridad de la madre (Beal et al., 2018; Htwe, 2020; Huda et al., 2017; Keino et al., 2014; Kismul et al., 2018; P. H. Nguyen et al., 2019; Seedhom et al., 2014) y del padre (Deshmukh et al., 2013; Huda et al., 2017) siendo más determinante la de la madre (Huda et al., 2017). La escolaridad materna ha sido relacionada a la posibilidad de asistir en busca de personal sanitario con mayor facilidad (Htwe, 2020); además se ha dicho que la educación universitaria en la madre es un factor protector en DNI (Seedhom et al., 2014).

Otro factor importante asociado a la DNI es el nivel socioeconómico y el saneamiento del hogar(Huda et al., 2017; Keino et al., 2014; Kismul et al., 2018; C. M. Nguyen & Nguyen, 2020; P. H. Nguyen et al., 2019) El uso de letrinas aumenta la posibilidad de contaminación con parásitos y la aparición de diarrea lo que lleva a desnutrición por inflamación y por malabsorción (Htwe, 2020; Vaivada et al., 2020)Además, hay evidencia de que la presencia de un acueducto reduce la diarrea por hábitos de aseo en la madre(Vaivada et al., 2020).

Frente a los servicios de salud se resalta la importancia de asistir a controles prenatales (Huda et al., 2017). Estudios indican al menos 4 controles con la suplementación de hierro y folato durante la gestación (P. H. Nguyen et al., 2019) ya que el cuidado antenatal y en el nacimiento permite mejor preparación de la madre, además de cuidado del estado nutricional de la misma permitiendo buen estado al nacer (Vaivada et al., 2020). Otros estudios exponen además la necesidad de suplementación a los niños y niñas con vitamina A desde los 6 meses de edad (Deshmukh et al., 2013) y se considera la cobertura de vacunación como indicador del funcionamiento del sistema de salud (Vaivada et al., 2020)

Los estudios también han encontrado cambios biológicos determinantes en el estado nutricional de los niños como el peso de la madre (Huda et al., 2017) y talla baja en la madre (Beal et al., 2018; Seedhom et al., 2014). Además de cambios o creencias culturales que pueden incidir en el tiempo de lactancia materna (Htwe, 2020). Autores sostienen que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y secundaria hasta los 2 años es un factor protector contra la desnutrición sin embargo puede ser alterado de forma negativa por otras inequidades (Vaivada et al., 2020). Además, en países como Camerún, en que hay preferencias culturales hacia los hombres, se encuentran mayor predisposición a la talla baja, sobrepeso y baja escolaridad en niñas (Keino et al., 2014)

Basado en la teoría de la DSS2, en un estudio realizado por la universidad de Antioquia (Colombia), encontraron en el Urabá (Colombia) 39,1% de los niños y niñas con riesgo de talla baja para la edad y 37 % con desnutrición crónica (talla baja para la edad), además de diferencias significativas al comparar las zonas rural y urbana. Hacen hincapié en la importancia de un estudio con enfoque crítico en que se tiene en cuenta los modos de

producción, la reproducción social resultante y las formas de distribución y consumo de materias primas y productos en cada región. (Carmona-Fonseca & Correa-Botero, 2014) El mismo grupo reporta en el mismo momento una muestra de niños menores de 15 años, 50% de niños con desnutrición crónica, con diferencias entre zona rural y urbana. 87% de niños con algún tipo de parasitosis + protozoos y geo helmintos. Problemas educativos y laborales en madres y padres, un alto índice Gini en la región, problemas en hogares desde la forma, los espacios, la sanidad y uso de agua lluvia (Carmona Fonseca & Botero Correa, 2013).

En Ecuador se realizó un trabajo en 2019 en la universidad Andina Simón Bolívar en que se estudió la determinación social de la malnutrición en niños y niñas encontrando una fuerte influencia de las dinámicas de producción capitalista en las políticas gubernamentales, además de la mercantilización de la salud y la naturalización de la violencia como influenciadores importantes en resultados malsanos como la malnutrición infantil con resultados diferenciales regionales (Sandoval Illescas, 2019).

Con esta perspectiva se encuentran pocos estudios a nivel mundial, sin embargo, se encuentran análisis con perspectiva histórica sobre temas como la pandemia de Gripe de 1918 o la violencia urbana en grandes ciudades que refuerza la importancia de crisis sociales y económicas y los resultados en salud socialmente determinados (Borde & Hernández, 2019; Henao Kaffure & Hernández Álvarez, 2017).

En síntesis, se puede observar que las investigaciones en los últimos años se han realizado principalmente desde la perspectiva teórica de los DSS1, además diferentes países realizan encuestas poblacionales usando dicha teoría en busca de los factores que influyen la desnutrición infantil como resultado de las inequidades en salud. En Colombia se han realizado algunos estudios con perspectiva crítica, aunque conservan una base metodológica “anglosajona” y no logran una descripción completa del problema desde la determinación social de la salud, se encuentran algunas propuestas en otros países o en otros temas con la base teórica de la determinación social de la salud, pero aún son escasos. Se plantean diferencias teóricas entre los DSS1 y la DSS2. Es de vital importancia para el estudio y desarrollo de la Salud Pública el uso de teorías que den cuenta de forma amplia los problemas

estudiados para lograr mejores intervenciones. El presente estudio realizará un análisis teórico para identificar los alcances y limitaciones de la teoría DSS1 para la descripción de la DNI.

1.3 APROXIMACIÓN TEÓRICA

Noción de teoría

En este documento, se presenta el abordaje de la noción de teoría desde tres aspectos: 1) su naturaleza, se enfoca en qué es la teoría en sí misma; 2) su estructura, comprendida por los elementos que la conforman; y 3) su contenido empírico, en referencia a lo que dice la teoría sobre el mundo (Guerrero Pino, 2009).

Enfoque lingüístico de las teorías

Las teorías pueden ser vistas desde el positivismo/empirismo lógico² como un conjunto de enunciados (enfoque lingüístico) o desde un enfoque semántico como un conjunto de modelos, de los que se espera que representen aspectos del mundo (Díez & Moulines, 1999).

A continuación, se presenta una representación gráfica del enfoque del positivismo/empirismo lógico de las teorías, figura #3.

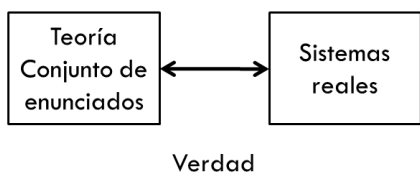


Figura 3: Enfoque positivista/empirista (Guerrero Pino, 2009)

Desde el positivismo/empirismo lógico se concibe que las teorías son un conjunto de enunciados, organizados en leyes que relacionan lo teórico con lo observacional. Las leyes son enunciados, es decir, son entidades lingüísticas de las cuales se puede decir que son

² La corriente filosófica, que surgió alrededor de la década de 1920, fue denominada por sus fundadores como positivismo lógico. Durante la postguerra, tanto sus representantes como sus contradictores, la denominaron empirismo lógico pues sus tesis más importantes eran empiristas más que positivistas

verdaderas o falsas (porque de los enunciados se puede decir que son verdaderos o falsos). Desde esta perspectiva, se delimitan, además, dos niveles; el nivel observacional que parte de las leyes empíricas que pueden ser fácilmente observadas y comprobadas en la práctica, y un nivel teórico, conformado por postulados que no son observables de forma empírica pero que a través de hipótesis pueden ser verificados con el uso de conexiones interpretativas entre lo teórico y lo observacional (Guerrero Pino, 2009).

Las dos críticas más importantes a la visión de las teorías del positivismo/empirismo lógico son: en primera medida, cómo se concibe la estructura de la teoría ya que no se puede operacionalizar lo teórico con lo observacional porque hay elementos teóricos que van más allá de lo empírico y no es aceptable decir que lo teórico solo es traducible a lo que podamos observar de manera directa. La segunda crítica, se dirige hacia la naturaleza de la teoría por entender la teoría como una entidad lingüística, ya que reduce la teoría a lo lingüístico y, por esa vía, a que tengamos que decir de esta que es falsa o verdadera, es decir, limita la teoría a hacer juicios de verdad o falsedad y no a representar el mundo. (Guerrero Pino, 2009).

Relacionado con la primera crítica, el instrumentalismo y el operacionalismo son características de las teorías cuando se usan desde una perspectiva del positivismo lógico.

El instrumentalismo es entendido en filosofía de la ciencia como una metodología en que las ideas son instrumentos útiles para explicar y predecir fenómenos por lo que una teoría científica no es capaz de revelar información sobre objetos o procesos que no sean observables en la naturaleza. (Chakravartty, 2017) El operacionalismo, busca representar los conceptos de una teoría de modo que los investigadores que hagan uso del concepto tengan la capacidad de replicar de manera fiable las acciones que aluden al concepto en sus investigaciones. (Stevens, 1935) Aunque se reconoce que la ciencia los abordajes instrumentalistas y operacionalistas son útiles, el problema del positivismo lógico es que su orientación epistemológica empirista desde lo directamente observable hace que el uso de las teorías se enfoque sobre todo en esos dos abordajes, lo que lleva a un reduccionismo porque se termina mapeando los conceptos de la teoría uno a uno con partes restringidas del mundo real.

El enfoque positivista/empirista tiene dos consecuencias importantes sobre lo metodológico en investigación: la primera consecuencia, es que descarta como teorías aquellas que provienen de disciplinas que no formulan leyes, como la psicología, la sociología y la economía, entre otras, por lo que, desde esta perspectiva, estas disciplinas no tendrían teorías.(Guerrero Pino, 2009).

La segunda consecuencia parte del concepto de que una teoría puede ser expresada de diferentes formas o idiomas, es decir, puede ser expresada de manera lingüísticamente diferente. La consecuencia de pensar las teorías como entidades lingüísticas es que de esa forma las formulaciones lingüísticas de las teorías terminarían siendo diversas teorías. Una teoría trata de distinguir entre el pedazo del mundo real al que alude con su formulación lingüística y se pueden tener diferentes formulaciones lingüísticas de la misma teoría siendo de igual manera alusiva el mismo pedazo del mundo real.(Guerrero Pino, 2009).

Veremos que en el enfoque semántico de las teorías va a enfrentar estos dos problemas

Enfoque semántico o modelista de las teorías

A continuación, se presenta una representación gráfica del enfoque semántico o modelista de las teorías (figura4).

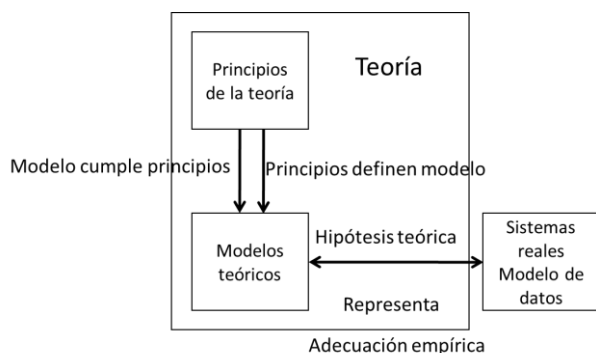


Figura 4: Enfoque de modelista o semántico de las teorías (Guerrero Pino, 2009)

El enfoque semántico o modelista de las teorías propone que las teorías son conjuntos de modelos que buscan representar una parte del mundo real. Los modelos son estructuras que

contienen un conjunto de conceptos que aluden a objetos y sus relaciones en el mundo. Los modelos, así entendidos, no son objetos en el mundo, sino que son entes abstractos (los conceptos y sus relaciones), que representan el mundo. Los modelos son entes abstractos porque, aunque representan una parte del mundo real, no se encuentran en el mundo sino en la mente de los investigadores que los utilizan.(Guerrero Pino, 2009).

De esta manera, en la perspectiva modelista o semántica de las teorías, los modelos no son entidades lingüísticas. Con esto se solucionan los problemas del enfoque lingüístico de forma que en primera medida no se descarta que haya teorías donde no hay leyes y segundo no se va a pensar que como las teorías son objetos lingüísticos y que su traducción a diferentes lenguajes genere diferentes teorías, sino que son entidades abstractas que representan el mundo real.(Guerrero Pino, 2009).

El enfoque lingüístico de las teorías plantea que las teorías tienen una relación directa con el mundo real (figura 3). Como se dijo anteriormente para este enfoque la teoría es un conjunto de leyes. Las leyes son enunciados. La teoría es un conjunto de enunciados, de los enunciados se puede decir que son verdaderos o falsos, entonces se puede decir que las teorías son verdaderas o falsas. Luego, desde el enfoque lingüístico de las teorías, la relación entre las teorías y el mundo es de verdad o falsedad (Guerrero Pino, 2009).

En el enfoque semántico de las teorías se propone que las teorías dan cuenta del mundo real de forma indirecta (como se observa en la figura 4), ya que la teoría se relaciona con el mundo real desde los modelos teóricos. Los modelos teóricos son entidades abstractas que buscan representar partes específicas del mundo real. Por ser abstractos los modelos teóricos no son entidades lingüísticas, luego, de ellos no puede decirse que sean verdaderos o falsos. La relación del modelo con el mundo real puede ser adecuada o inadecuada, entonces para el enfoque semántico de las teorías es correcto decir que la relación entre las teorías y el mundo real es de adecuación empírica no de verdad (Guerrero Pino, 2009).

En el enfoque semántico de las teorías los modelos teóricos son: 1) parciales, porque describen un pedazo no la totalidad de la realidad, 2) aproximados, porque la realidad que describe no es idéntica al mundo real, 3) ideales, porque la realidad descrita se da de forma

idealizada, 4) abstractos por no tener existencia física, sino que son construcciones mentales de los científicos que las proponen y asumen (Guerrero Pino, 2009).

Un elemento importante para comprender qué es una teoría es definir qué son los conceptos por lo que a continuación se realizará una aproximación a dicha noción.

Los conceptos son las unidades más básicas e imprescindibles del conocimiento humano. Es decir, es imposible el conocimiento sin conceptos y esto aplica tanto para el conocimiento científico como para el conocimiento no científico. Si no tuviéramos un sistema conceptual para interpretar lo observado no podríamos comprender lo que experimentamos. Entre más amplio, preciso y complejo es un sistema conceptual, se puede dar cuenta de mejor manera un aspecto de la realidad. Eso es especialmente importante para el caso de la ciencia (Díez & Moulines, 1999).

El enfoque lingüístico de las teorías y el enfoque semántico, coinciden en su concepción, de que en última instancia las teorías son sistemas conceptuales. Tanto las leyes como los modelos tienen a su interior conceptos que se interrelacionan entre sí. Los conceptos de la teoría juegan un papel importante en cómo la teoría se relaciona con el mundo.

La presente investigación pretende desde lo teórico comprender el abordaje de la desnutrición infantil con las teorías de los determinantes sociales de las inequidades en salud y la determinación social de la salud. Comprender los dos enfoques del abordaje de las teorías previamente descritos permite entender más adelante la manera como los investigadores abordan las teorías para el estudio de la desnutrición.

Finalmente, en el abordaje de las teorías es importante entender qué es un supuesto por estar estos inmersos tanto en las leyes del enfoque lingüístico de las teorías como en los modelos del enfoque semántico de las teorías.

Los supuestos son las suposiciones que respaldan la formulación de un argumento. Son declaraciones que pueden ser tan evidentes que se acepten como verdaderas sin controversia.

Entonces, los supuestos son afirmaciones de la teoría sobre ella misma y sobre el mundo que los proponentes de la teoría asumen como verdaderos.

Los supuestos de una teoría se pueden clasificar en ontológicos, epistemológicos y políticos. Para entender en que consiste un supuesto ontológico y epistemológico es importante acercarse a una definición de epistemología y ontología de la filosofía.

La *epistemología* es conocida como la “teoría del conocimiento”. Es la rama de la filosofía que se encarga de estudiar las fuentes del conocimiento, su justificación (puesta a prueba) y su alcance. La *ontología* hace referencia a qué concibe la ciencia que existe y cómo existe; en filosofía de la ciencia la ontología devela los aspectos del mundo real con los que la teoría está comprometida, es decir, lo que existe según la teoría. (Rosenberg, 2016)

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer los alcances y las limitaciones de la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud para la comprensión de la Desnutrición Infantil.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar los conceptos principales de la teoría de los Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud.
2. Caracterizar los conceptos de la teoría de Determinación Social de la Salud.
3. Determinar la coherencia conceptual de la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud.
4. Caracterizar la aplicación de la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud y de la teoría de Determinación Social de la Salud en el estudio de la Desnutrición Infantil.
5. Comparar los alcances y las limitaciones de la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud y la teoría de Determinación Social de la Salud en la comprensión de la Desnutrición Infantil.

1.5 ABORDAJE METODOLÓGICO

Con el fin de establecer los alcances y limitaciones de la teoría de los DSS1 para la comprensión de la DNI, se realizó un tipo de diseño de análisis teórico denominado *análisis conceptual*. Para entender qué es un análisis conceptual y el proceso para realizarlo se presenta a continuación y de manera breve qué es un análisis conceptual desde la filosofía de la ciencia.

El análisis conceptual en filosofía de la ciencia

El objetivo máximo de la investigación es la resolución de preguntas que surgen de diferentes maneras. Las preguntas científicas se caracterizan por ser específicas y estar dirigidas a una parte específica de la realidad. La forma de responder a las preguntas científicas es a través de recolección y análisis de datos ya sea de fuentes primarias o secundarias. Por otro lado, las preguntas filosóficas tienen la característica de ser más generales, más abstractas. Este tipo de preguntas en la mayoría de los casos no se pueden responder a través de datos empíricos, requieren de un abordaje teórico, este abordaje teórico se denomina usualmente análisis conceptual (Papineau, 2021; Rosenberg, 2016).

En particular, las preguntas que se dan alrededor de las contradicciones teóricas son de carácter general, altamente teóricas por lo que son preguntas filosóficas. Por ese motivo el abordaje de estas preguntas necesita del análisis conceptual.

El análisis conceptual parte de fijar la mirada en conceptos propios de la teoría, de modo que sean explicados (reconstrucción conceptual). En el proceso se pueden hacer redefiniciones de conceptos. El análisis conceptual permite desentrañar supuestos implícitos en las teorías buscando conclusiones conflictivas para estudiar alternativas que no generen nuevas contradicciones.(Díez & Moulines, 1999; Papineau, 2021; Rosenberg, 2016).

En conclusión, el tipo de estudio de esta investigación es un análisis conceptual de teorías, específicamente de la DSS1 y la DSS2.

Contexto en cual se realiza la investigación

La DNI es un problema de interés en Salud Pública, que tiene importancia en países de medianos y bajos ingresos. Se pretendió identificar los alcances y limitaciones del enfoque de investigación en salud pública que parte de la propuesta de la comisión de Determinantes Sociales de la Salud comparado con su contraparte latinoamericana, bajo la teoría crítica de la Determinación Social de la Salud, haciendo un aporte entre las discusiones epistemológicas, ontológicas y ético políticas que han surgido entre los investigadores de cada una de las corrientes y permitiendo proyectar investigaciones en desnutrición Infantil que comprendan de forma amplia el fenómeno de la desnutrición infantil.

Recolección de información

En términos metodológicos, esta investigación no se abordó desde la perspectiva de una hipótesis empírica. El interés de este estudio es hacer una reflexión teórica que aporte al debate sobre el uso en salud pública de las teorías de DSS1 vs el de DSS2 aplicados a un problema de vital importancia como lo es la DNI. Para dar cuenta de los alcances y limitaciones una teoría en el abordaje de un problema en particular se debe comparar con otra teoría. Por lo anterior en el presente estudio se realizó un análisis tanto de la teoría de DSS1 como de la teoría de DSS2.

La información empleada fue de: 1. Los desarrollos teóricos de las dos teorías estudiadas; 2. La aplicación de estas teorías al estudio de la DNI.

La recolección de información del análisis conceptual se describe a continuación:

1. Identificación y selección de textos (artículos y libros): se seleccionaron los textos más importantes de los autores más representativos de cada teoría. Para el caso de la DSS1 se tomaron documentos publicados desde la década del 90 a la fecha. para los documentos de la teoría DSS2 se tomaron publicaciones desde la década del 70 a la fecha.

La importancia de los textos se determinó en términos de qué tanto citan esos textos en los debates teóricos. Los autores representativos son quienes han venido escribiendo a lo largo del tiempo, y la comunidad científica vinculada con el tema los considera referentes.

2. Se seleccionaron además textos que contienen desarrollos conceptuales de los autores alrededor de la desnutrición, es decir, textos con desarrollos específicos en DNI que fueran fundamentados en alguna de las teorías.
3. Lectura y construcción de resúmenes analíticos: Se realizó una lectura a profundidad de los textos clave tanto de la teoría de DSS1 como la de DSS2 y se construyó un resumen analítico de cada texto en Microsoft Word 2010.
4. Identificación de los conceptos clave de las dos teorías: Se identificaron cada uno de los conceptos que son clave en el desarrollo de teórico de cada una de las teorías estudiadas.
5. Definición de los conceptos clave: Cada uno de los conceptos extraídos de las teorías fueron definidos de forma clara y precisa desde la perspectiva teórica a la que pertenecen.
6. Identificación de supuestos de cada teoría: Se buscaron para cada una de las teorías las proposiciones que se constituyen y supuestos propios de la teoría.

Análisis de la información

La presente investigación no parte de categorías de análisis, sino que parte de los conceptos, y supuestos propios de las teorías DSS1 y DSS2.

Para el análisis de la información se realizó lo siguiente:

1. Comparación entre conceptos: Se realizó una comparación de los conceptos previamente identificados y definidos, relacionados con la DNI.
2. Identificación de conceptos conflictivos: Se dio cuenta de los conceptos conflictivos entre las dos teorías analizadas, relacionados con la DNI.
3. Identificación de supuestos contradictorios: Se dio cuenta de los supuestos contradictorios entre las dos teorías analizadas, relacionados con la DNI.
4. Se realizó un análisis de cada una de las teorías vistas desde los conceptos propios de cada teoría para evidenciar la coherencia interna de la teoría y su aplicación con el mundo.
5. En esta investigación fue fundamental garantizar la validez interpretativa, es decir, que la interpretación que se realizó de los textos estuviera soportada en los textos mismos, es decir, en lo que los autores de las teorías estuvieran proponiendo. Para tal fin, se utilizaron dos herramientas; la primera herramienta fue la lectura de los textos en su idioma original para evitar posibles problemas de traducción y la segunda herramienta fue el uso de epígrafes (citas literales de los autores) en el documento que sirvieran de apoyo al lector para identificar si la interpretación fue o no adecuada.
6. Identificación de alcances y limitaciones de DSS1: Dado el proceso de análisis conceptual se expusieron los alcances y limitaciones de la teoría de DSS1 para dar cuenta del fenómeno de DNI, teniendo en cuenta las apuestas ontológicas, epistemológicas y ético-políticas.

Las teorías científicas tienen un carácter dual en términos de su cambio en el tiempo, por un lado, parte de sus conceptos y de las relaciones entre los mismos permanecen a través del tiempo. Un ejemplo de esto, es la teoría de gravitación de Newton, que todavía preserva

conceptos con capacidad de hacer descripciones teóricas correctas y explicaciones.(Cordero, 2013)

Teniendo en cuenta estos dos aspectos de las teorías, a saber, la permanencia de sus conceptos y de sus cambios, en la filosofía de la ciencia se han considerado dos abordajes de estudio de las teorías, el sincrónico y el diacrónico. El abordaje sincrónico de las teorías las ve como entidades estáticas que no cambian en el tiempo y es adecuado para una primea aproximación de estas. El análisis diacrónico de las teorías permite el estudio de las teorías con la cinemática propia que se tiene a través del tiempo y complementa el análisis sincrónico.(Díez & Moulines, 1999) En el análisis diacrónico de las teorías, cobra importancia rastrear cómo los científicos que trabajan en dichas teorías a lo largo del tiempo transforman la teoría e incluso construyen teorías radicalmente diferentes. En este caso, la concepción de Kuhn, entre otras, ha sido utilizada.

El presente estudio por ser un primer análisis de las teorías de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud y Determinación social de la Salud se realizó bajo un abordaje sincrónico, en el cual, como se verá en la metodología, se tomaron las anteriores teorías como sistemas conceptuales ya consolidados, sin tener en cuenta como esa consolidación teórica se llevó a cabo.

1.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio se *realizó* un análisis conceptual, que es de carácter teórico y por tal motivo los datos de esta investigación fueron tomados de artículos y libros en donde se describieron las teorías DSS1 y DSS2 y no se tuvo contacto con seres humanos, por lo que esta investigación se considera de riesgo mínimo.

El riesgo es mínimo porque existe la posibilidad de que las conclusiones resultantes de la investigación no sean correctas. Por lo que este riesgo se minimizó con el desarrollo adecuado de la metodología propuesta.

Los textos (artículos y libros) utilizados en la investigación y sus respectivos resúmenes analíticos se guardarán en un computador con clave de acceso custodiado por el investigador principal durante 10 años.

Con el presente estudio se espera incidir en la forma en que se estudia el fenómeno de la Desnutrición Infantil desde la salud pública para lograr un mejor entendimiento del proceso salud-enfermedad-cuidado y así llegar a la formulación de políticas, planes y proyectos en salud que logren evitar el fenómeno en la población.

La presente investigación se realizó como requisito de grado para obtener el título de magister en Salud Pública, para su realización debe ser aprobada en comité de profesores de Salud Pública y posteriormente en comité de Ética de la Escuela de Salud Pública. Finalmente será evaluada por expertos en el tema quienes pueden ser o no ligados a la Universidad del Valle.

Se anexa el aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud (Anexo 1).

CAPÍTULO 2: TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD.

En el siguiente capítulo se habla de la teoría de los determinantes sociales de las inequidades en salud. Inicialmente se tocan los antecedentes de la teoría, partiendo de las discusiones que se han dado entorno al modelo biomédico y de estilos de vida. Posteriormente se expone brevemente las teorías previas al modelo DSS1, seguido de la construcción histórica de la teoría. Finalmente se presenta la teoría en si misma para finalizar con el análisis conceptual motivo de estudio del presente trabajo.

2.1 LOS PROBLEMAS DEL MODELO BIOMÉDICO Y DE ESTILOS DE VIDA

En el siguiente apartado se tratan algunos de los problemas del modelo biomédico y de estilos de vida que fue el paradigma dominante en Salud Pública durante décadas. Se exponen brevemente algunas de sus características y las críticas a que ha sido sujeto desde aproximadamente 1970 por diferentes autores que han puesto en duda los aportes del enfoque biomédico y de estilos de vida por considerarlo ateórico, apolítico y ahistórico.(Breilh, 2013; kriegler, 2011) Se verá que, desde estas críticas, se desarrolló la teoría DSS1, que en su tiempo fue contrahegemónica, y la teoría DSS2, que actualmente sigue siendo considerada como una propuesta radicalmente opuesta al modelo biomédico y de estilos de vida.

La teoría biomédica se caracteriza por la explicación de las enfermedades a través de mecanismos causales. Para la teoría, la única forma valida para explicar la génesis de las enfermedades es a través de las causas, por lo tanto, no son validas otras formas de explicaciones como las explicaciones teleológicas o para el caso de estudio del presente trabajo, las de determinantes sociales o determinación social. Las verdaderas causas de las enfermedades son agentes físicos y biológicos que inciden de forma dañina en las personas. Al entender las causas de las enfermedades desde lo físico y biológico, asuntos como por ejemplo las relaciones sociales o las diferentes características de la sociedad no pueden ser comprendidas como causas. (kriegler, 2011)

Para la teoría biomédica, las causas son suficientes e individuales. De forma típica se dice que algo es suficiente si al darse la causa se da el efecto. La teoría biomédica comprende que existen causas que son necesarias, pero no suficientes para la producción de la enfermedad. Al juntar un conjunto de causas todas biomédicas, la interacción de esas causas en un individuo da como resultado la enfermedad, por ejemplo, el bacilo de la tuberculosis es necesario, pero no suficiente para producir tuberculosis, al juntar otras causas biomédicas como la desnutrición, alteraciones en el sistema inmune, la presencia de enfermedades como el VIH, etc. el conjunto de causas biomédicas son suficientes para explicar la enfermedad. Entonces, los proponentes de la teoría biomédica consideran que están proponiendo una teoría multicausal así sea con un solo tipo de causas.

Por otro lado, para la teoría biomédica, las causas son individuales por ser atributos de los individuos, eso contrasta con otras formas de explicar las enfermedades en que se estudian atributos de la sociedad. De lo anterior se puede develar la apuesta ontológica de la teoría que concibe las causas de las enfermedades como físicas y biológicas de forma individual. Entender las causas desde lo individual tiene una consecuencia directa epistemológica ya que al concebir las causas como físicas y biológica se van a estudiar esos atributos directamente sobre el individuo. (krieger, 2011)

Para la teoría de estilos de vida, los estilos de vida, son las formas, comportamientos y costumbres de vida que tienen las personas. Las diferentes formas de vida pueden tener efectos sobre la salud de las personas, la teoría estudia los comportamientos individuales de cada sujeto y los resultados en salud. La teoría comprende un reduccionismo y un individualismo metodológico. (krieger, 2011)

El reduccionismo, se da en la formación de teorías en que las partes explican el todo. La teoría de estilos de vida, trata de explicar las enfermedades desde el estudio de lo micro como comportamientos individuales y con los hallazgos formulan acciones tanto clínicas como sociales para atacar la génesis de las enfermedades. Para los investigadores dentro del modelo de estilos de vida la investigación de lo micro es necesaria y suficiente, como se explicó

anteriormente lo suficiente hace referencia a varios factores que se afectan desde los estilos de vida y que en su conjunto pueden explicar las enfermedades. (krieger, 2011)

Frente al individualismo metodológico, la teoría sostiene que los fenómenos sociales se pueden explicar desde acciones individuales y lo social es un conjunto de acciones individuales, por lo tanto, al estudiar al individuo se puede comprender a la sociedad. Desde esa perspectiva los factores individuales tienen mayor potencial explicativo que los sociales. Lo social al ser un agregado de factores individuales no permite dar cuenta de los mecanismos causales de las enfermedades. Lo anterior da a entender algunos supuestos que se manejan desde la teoría como que cada sujeto es independiente de los otros y del contexto en que se encuentren y tiene la capacidad de modificar sus hábitos incluso dejando atrás comportamientos que le puedan ser dañinos. Más adelante veremos cómo tanto para la teoría DSS1 como la DSS2, las características de la sociedad inciden en los comportamientos individuales de modo que se generan cambios de vida que pueden producir enfermedades.(krieger, 2011)

Un desarrollo teórico importante de la teoría biomédica y de estilos de vida fue la reconceptualización de las causas como factores de riesgo de las enfermedades. En 1961, en el marco del estudio Framingham³, se utilizó por primera vez la expresión “factor de riesgo” y se estimuló su uso por ser considerado un termino más adecuado que causa para describir los diferentes factores que interactúan entre sí y pueden ser causantes de las enfermedades.(Kannel et al., 1961)

Un factor de riesgo, es cada aspecto ligado al individuo que puede aumentar la probabilidad de sufrir una enfermedad. Los factores de riesgo, pueden ser entonces comportamiento de los sujetos como hábitos alimenticios, ejercicio, alcohol, tabaco, etc, cambios metabólicos medibles en laboratorio como la glicemia o el colesterol, cambios medibles en clínica como

³ La cohorte Framingham, es uno de los estudios más representativos a nivel mundial. He tenido en cuenta a la población de Framingham del estado de Massachusetts en Estados Unidos. Es un estudio macro prospectivo que ha permitido el estudio de la enfermedad cardiovascular en USA, con el que se ha debelado múltiples factores de riesgo cardiovasculares y cuyos resultados son de uso diario en la medicina del adulto.

la tensión arterial o factores ambientales como las características de la vivienda o localización por cercanía a lugares contaminados o expuestos a contaminantes. Es importante anotar, que dentro del modelo se realiza una objetivación de cada uno de los factores de riesgo en las enfermedades, mediante técnicas y metodologías cuantitativas estadísticas que permiten conocer la probabilidad de cada sujeto de sufrir alguna enfermedad.(Gómez Gutiérrez, 2018)

Investigaciones basadas en la teoría biomédica y de estilos de vida han dado distintos logros. Desde finales del siglo XIX se han identificado agentes infecciosos causantes de enfermedades, como la lepra, el ántrax, el tifo, ténanos, salmonelosis, disentería, y la diferenciación de bacterias como los estreptococos y estafilococos. Del conocimiento de los agentes etiológicos de las enfermedades, se dio paso a soluciones como la vacunación con que se ha logrado la erradicación de enfermedades como la poliomielitis y la viruela y se controla la propagación de enfermedades como TB, difteria, ténanos, pertusis, varicela, etc.(Gómez Gutiérrez, 2013) En la actualidad se ha visto la importancia de la investigación en lo micro sobre la pandemia generada por el SARS CoV2 y es innegable el efecto preventivo en tanto mortalidad que se ha tenido con la vacunación masiva de la población mundial, sin embargo, como se tratará más adelante también ha quedado clara la importancia del abordaje de las enfermedades desde distintos niveles y se ha develado la importancia de lo social en el estudio y manejo de la enfermedad.

Con el estudio de las relaciones causales de distintas enfermedades, se han dado algunos logros como el diseño de algunas políticas sobre el tabaquismo, por la relación causal con el cáncer de pulmón, y se han formulado estudios de gran tamaño como la cohorte Framingham de la que se hablo anteriormente y que ha dado importantes avances en los estudios causales de la enfermedad cardiovascular. De los resultados del estudio de Framingham y de otros similares, se han formulado políticas para la prevención de la enfermedad cardiovascular. (Gómez Gutiérrez, 2013)

La teoría biomédica y de estilos de vida, tiene un enfoque causal que orienta únicamente en el estudio de las causas de las enfermedades. Uno de los modelos más importantes de esta teoría es la triada ecológica, en la cual, factores del agente, del ambiente y del huésped

explican causalmente una enfermedad en particular, por ejemplo, malaria, tuberculosis e incluso enfermedades crónicas.(krieger, 2011)

Ahora bien, es importante hacer énfasis en que para la teoría biomédica y de estilos de vida, la única forma de explicación de las enfermedades son las causales. Más adelante veremos cómo tanto para la teoría DSS1 como para la DSS2, las enfermedades no solo se explican de forma causal, sino que se pueden explicar desde los determinantes o la determinación social. Tanto los determinantes, como la determinación usada por cada teoría son formas explicativas no causales del origen de las enfermedades.

Desde la perspectiva de los factores de riesgo de cada enfermedad, los investigadores del modelo biomédico y de estilos de vida entienden la enfermedad desde una perspectiva multicausal. La multicausalidad se da por que hay varios factores de riesgo que se asocian a las enfermedades de forma estadísticamente significativa. Como cada factor de riesgo es una causa diferente de la enfermedad, la reunión de varios factores de riesgo en un sujeto termina llevando a la enfermedad, entonces la enfermedad termina siendo multicausal.

El modelo biomédico y de estilos de vida ha centrado su acción en el estudio de la enfermedad de forma individual y cada vez más hacia lo micro. Defienden el estudio de lo micro, como una forma de entender e incidir en los comportamientos y en los estilos de vida individuales en cada sujeto. Autores como Rothman (1998), sostienen que la pobreza no es causa de la enfermedad por que esta no cumple los criterios de una verdadera causa desde la perspectiva biomédica y de estilos de vida. Y sostiene que en los casos en que los epidemiólogos realizan investigaciones teniendo en cuenta asuntos sociales como la pobreza, se están alejando de la disciplina y del rigor metodológico de las investigaciones epidemiológicas. (Rothman et al., 1998)

Las discusiones principales en contra del modelo biomédico y de estilos de vida se han dado por los epidemiólogos sociales norteamericanos y la medicina social latinoamericana. Nancy Krieger (2011) en contraste con los modos de ver la investigación en Epidemiología desde el modelo biomédico y de estilos de vida, defiende que al ser las personas seres sociales y biológicos y ser las personas el objeto de investigación de la Epidemiología, es inadecuado

estudiar lo biológico sin tener en cuenta lo social. Entonces, al estudiar la pobreza y sus impactos en las poblaciones no se pierde rigor metodológico sino más bien se amplía el conocimiento. En ese sentido, Krieger (2011) plantea que no es competencia de los epidemiólogos investigar las enfermedades sino al contrario, deben investigar los efectos sociales como la pobreza sobre las enfermedades, lo que le da un componente político a la labor del epidemiólogo. (krieger, 2011)

Para pasar de una explicación estrictamente causal de las enfermedades a incluir factores explicativos como la pobreza, se debe superar los criterios que usa la perspectiva biomédica y de estilos de vida de lo que es una causa y se debe superar la visión de que la única forma de explicar las enfermedades es causal. Para esto Krieger no se queda con los criterios de causas verdaderas son físicas y biológicas y que las explicaciones de las enfermedades solo pueden ser causales, sino que incluye asuntos sociales como la pobreza como un factor explicativo de la enfermedad. (krieger, 2011)

Por parte de los autores de la teoría de la determinación social de la salud se han generado diferentes críticas a la teoría biomédica y de estilos de vida. De igual manera que los epidemiólogos sociales, las críticas más importantes se dan respecto al estudio exclusivo de la causalidad entendida como factores estrictamente biomédicos y estilos de vida sin la inclusión de lo social en las investigaciones. Para el modelo latinoamericano las causas principales de las enfermedades se configuran desde el modelo de producción. El rigor científico del modelo implica estudiar los efectos en salud de las poblaciones desde el modelo de producción de económica de forma histórica. En el capítulo 4 se profundizará en las propuestas del DSS2 (Breilh, 2013; Laurell, 1988)

2.2 TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD

A continuación, se presentará la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud, para tal fin, siguiendo a Solar e Irwin (2015), se expondrán brevemente los antecedentes teóricos de la epidemiología social: la teoría psicosocial, la teoría de producción social de la

enfermedad y política económica de la salud y las teorías multinivel. Posteriormente se presentan los modelos teóricos que han sido asociados a las teorías anteriores (modelo de causa social, modelo ecosocial y modelo de curso de vida) y que fueron importantes para la caracterización de los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales afectan la salud. Finalmente, se presentará la historia de la formulación de la teoría y la teoría en sí misma.

2.2.1 Las teorías previas

Desde **la teoría psicosocial**, se entiende que las experiencias de las personas en condiciones de desigualdad pueden producir estrés, con la activación constante del sistema nervioso simpático, lo cual lleva a enfermedades como por ejemplo la hipertensión arterial. Las diferencias sociales en tanto ingresos, jerarquías, estatus social, entre otros, pueden generar respuestas que pueden ser dañinas para la salud. (krieger, 2011; Solar & Irwin, 2010) Entonces, la aproximación psicosocial estudia además de los daños causados por estresores, los fenómenos sociales que pueden amortiguar el efecto de los estresores sobre los sujetos.(krieger, 2011)

La **teoría de producción social de la enfermedad y política económica de la salud** se propone entender el proceso salud enfermedad, desde el estudio de las causas estructurales de las desigualdades, ya que, desde ahí se determinan los cambios dentro del proceso salud enfermedad.(Solar & Irwin, 2010) El estudio central de la teoría es en torno a los determinantes económicos y políticos de la salud, y la distribución de las enfermedades en las sociedades asociada a esos determinantes. De diferentes maneras, las instituciones políticas y económicas de las sociedades, impulsan niveles sociales y distribuciones de salud enfermedad. Entonces la producción social de la enfermedad y política económica de la salud se concentra en explicar cómo las características de la organización social impactan en el patrón social de la distribución de la salud en poblaciones.(krieger, 2011)

Las teorías multinivel de la que es representante la teoría “ecosocial” de Nancy Krieger se proponen un análisis de lo social partiendo de la teoría de sistemas⁴, con la que es posible explicar las relaciones sociales y sus resultados en salud desde los niveles micro (de poca complejidad social) como la célula, hasta niveles macro (de mayor complejidad social) como los grupos humanos. (Solar & Irwin, 2010)

La teoría ecosocial, hace uso del abordaje multinivel para explicar cómo se integran de forma dinámica factores sociales y biológicos desde una perspectiva histórica y ecológica en diversos resultados en salud. Busca definir qué y quienes son los responsables en los distintos resultados sobre la salud de la población, con el estudio de lo social en los diferentes niveles de complejidad, desde el individual hasta el global. De modo que explica la relación estrecha entre las relaciones sociales con los procesos biológicos de cada sujeto. (krieger, 2011; Solar & Irwin, 2010)

Krieger propone como principal mecanismo del modelo ecosocial el mecanismo de “incorporación” (embodiment). El “embodiment”, explica cómo una persona incorpora a través del curso de su vida el mundo material y social en que vive, de modo que ningún aspecto biológico en un sujeto puede ser visto separado de la historia de vida personal y social. Esto, teniendo en cuenta la presencia de unas interacciones acumulativas dadas entre una exposición, la susceptibilidad de los sujetos y la resistencia ejercida dentro de cada nivel del multinivel. (Krieger, 2001; krieger, 2011; Solar & Irwin, 2010)

El modelo teórico de curso de vida sostiene que a través de los diferentes momentos de desarrollo de la vida (Infancia, adolescencia, adultez) cada sujeto se ve expuesto de forma

⁴ Se puede entender los sistemas como un conjunto de partes, esas partes interactúan entre sí. De las interacciones entre las partes surgen niveles adicionales que pueden ser más complejos. Los componentes del micronivel se comportan de una forma, pero al juntarse, le dan diferentes características al sistema, eso hace que el sistema sea más complejo. Los sistemas son complejos al tener múltiples niveles, los sistemas complejos tratan de diferenciarse del ambiente y tienen mecanismos para responder a los cambios del entorno (autopreservación). (Bunge, 2012)

diferencial a determinantes sociales de la salud que van a influir en la aparición de enfermedades. (Solar & Irwin, 2010)

Algunos autores identifican dos mecanismos dentro de la perspectiva de curso de vida: El mecanismo de periodos críticos o programación biológica y el mecanismo de acumulación de riesgo. El primero propone que una exposición puntual tiene efectos a través de la vida de forma latente hasta dar como resultado la enfermedad. El segundo mecanismo, de acumulación de riesgo, plantea que las diferentes exposiciones que se dan desde la niñez pueden explicar la aparición de enfermedades en la edad adulta. (Solar & Irwin, 2010)

Con el **modelo teórico de causa social**, se apela a que existen unos determinantes sociales intermedios que determinan la aparición de enfermedades en los grupos sociales con menor nivel socioeconómico. El nivel socioeconómico de las personas determina sus comportamientos y esto conlleva a la aparición de riesgos y resultados diferenciados asociados a las desigualdades sociales. (Marmot & Rose, 1984; Solar & Irwin, 2010)

Esta teoría hace hincapié en los resultados diferenciales en salud que se dan secundarios a factores materiales, psicosociales y de comportamiento. Las diferencias en acceso y relación con el mundo material, la presencia de factores sociales estresantes y factores comportamentales asociados a estos estresores van a dar resultados diferenciados en salud con mayor afección a la población de bajos recursos socioeconómicos. (Solar & Irwin, 2010)

Las aproximaciones teóricas de la epidemiología social y las teorías expuestas anteriormente son la base de la propuesta teórica de la comisión de determinantes sociales de las inequidades en salud, que desarrolló la teoría que lleva el mismo nombre. A continuación, se presentará la teoría para así realizar el análisis conceptual propuesto en el presente trabajo.

2.2.2 Historia de la construcción de la teoría

Para el abordaje de la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud, se va a seguir a Solar e Irwin (2010) en su texto “A conceptual Framework for action on the social determinants of health”. La conformación de la comisión de la teoría se dio por la necesidad

de la OMS de responder 3 problemas fundamentales en Salud Pública: 1. Si se estudian de forma profunda los grupos ¿en dónde se originan las diferencias en salud? 2. ¿Cuáles son las vías que llevan desde la causa a los resultados en salud? 3. ¿En dónde se debe realizar la intervención en Salud Pública para el control de las inequidades en salud? (Solar & Irwin, 2010)

Para el año 2004 el director de la OMS Lee Jong-wook, convocó la conformación de una comisión de expertos para la formulación de la Teoría con que se abordarían las preguntas anteriores (Solar & Irwin, 2010), el reporte final fue publicado en el año 2008.

2.2.3 Teoría de los determinantes sociales de las inequidades en salud

El concepto de determinante social de la salud según Solar e Irwin (2010) ha tenido 2 visiones, la primera se refiere a los factores sociales que determinan la salud de los individuos y sociedades, la segunda explica los procesos por los cuales se llega a la distribución desigual de los factores en la sociedad, de modo que se pueden ver determinantes sociales de la salud y determinantes sociales de las inequidades en salud. Para superar tal disyuntiva la comisión de determinantes sociales de la salud dividió los determinantes en estructurales e intermedios de modo que presentan los determinantes sociales de las inequidades en salud (estructurales) y los determinantes intermedios de la salud. (Solar & Irwin, 2010).

La teoría de los determinantes sociales de las inequidades en salud, tiene como objetivo el estudio de las inequidades en salud, para explicar cómo desde factores estructurales de la sociedad se puede ver afectada la salud de las personas. Esos factores estructurales que pueden generar inequidades en salud son los llamados “determinantes sociales estructurales de las inequidades en salud”. Los determinantes estructurales influyen sobre unos determinantes sociales intermedios de los que se originan las inequidades en salud. (Solar & Irwin, 2010).

2.2.3.1 Determinantes estructurales y posición socioeconómica

Los determinantes estructurales de las inequidades en salud son el contexto socioeconómico y político y los determinantes de posición socioeconómica. Para la teoría los dos grupos de determinantes estructurales influyen sobre los determinantes intermedios para así generar las inequidades en salud.

La siguiente figura ilustra el modelo de la CDSS de la OMS que se explica a continuación:

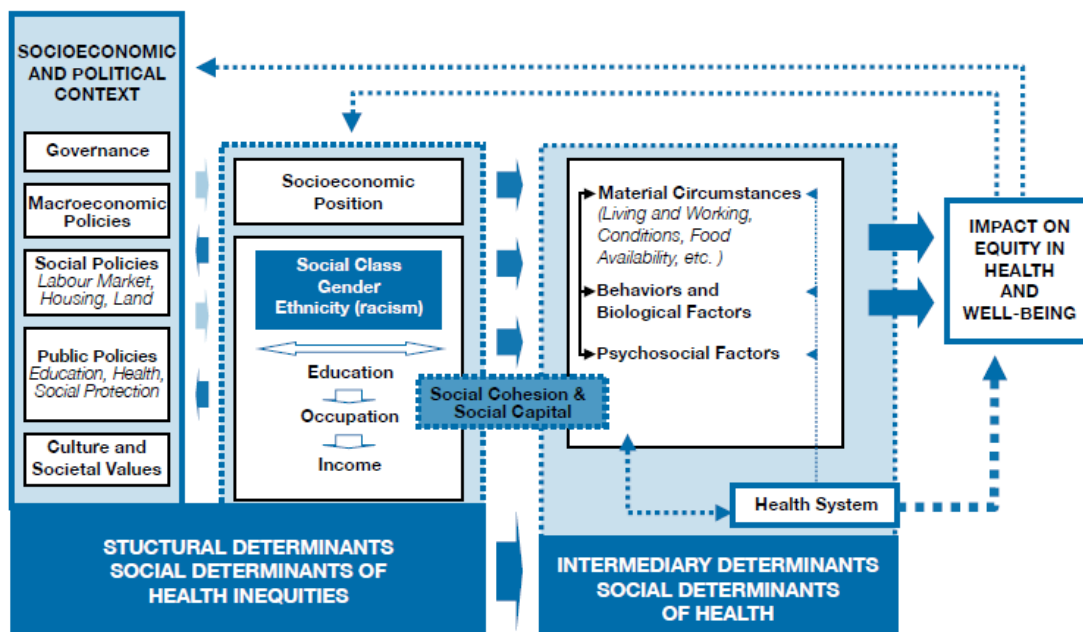


Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS. (Solar & Irwin, 2010)

En primer lugar, en la figura se encuentran los determinantes estructurales de la salud, la primera columna presenta **el contexto socioeconómico y político** aborda aspectos culturales, estructurales y funcionales del sistema social que impacta en los individuos. Son mecanismos que ejercen influencia sobre la estructura social, como el mercado laboral y el sistema educativo y las instituciones políticas (Solar & Irwin, 2010). El término determinantes estructurales habla de la interacción entre el contexto socioeconómico y político y los mecanismos diferenciales que crean estratificación y posición socioeconómica (Graham, 2004).

El término estratificación se utiliza en sociología para referirse a las jerarquías sociales en las que los individuos o grupos se pueden organizar según un orden de clasificación de algún atributo (Muntaner Bonet et al., 2003). Los determinantes estructurales en el subgrupo de contexto socioeconómico y político, se entienden como los factores que influyen sobre la estratificación social y la posición socioeconómica de los individuos (Solar & Irwin, 2010).

Con respecto a los determinantes estructurales de **posición socioeconómica**, la teoría comprende los siguientes determinantes: 1. Ingresos: tanto el individual como los ingresos familiares son marcadores de uso de elementos de consumo y acumulación de bienes; 2. Educación: Expresa la empleabilidad y posibilidades de ingresos en la persona, además del cambio de posición socioeconómica de padres a hijos. 3. Ocupación: Expresa una posición social, ingresos e intelecto de las personas y puede explicar la posición socioeconómica de las mismas (Galobardes et al., 2006); 4. Clase social: La definen las relaciones de propiedad o control de los recursos productivos, determina el nivel de vida de las personas por su relación con las desigualdades económicas y la afectación propia de la salud.(Oakes & Rossi, 2003) 5. Género: hace referencia al constructo social diferencial entre mujeres y hombres e implica roles, comportamientos y resultados diferenciales en salud (Borrell et al., 2015) (Krieger, 2003); 6. Etnia: Hace referencia a las características distintivas en tanto a patrimonio cultural y ascendencia de los grupos sociales que pueden llevar a resultados de opresión a algunos de estos grupos (Krieger, 2001; Torres-Parody & Bolis, 2007).

2.2.3.2 Determinantes sociales intermedios

Los determinantes sociales intermedios son el resultado de la estratificación social y determinan exposiciones y vulnerabilidades diferenciales a condiciones que afectan la salud. (Graham, 2004) Desde esta teoría entre los determinantes intermedios están: Circunstancias materiales, factores psicosociales, factores biológicos y comportamentales y los sistemas de salud.

Las circunstancias materiales hacen referencia a factores asociados al entorno físico del individuo y las diferencias secundarias a la vida material, cambios significativos en grupos

marginados y de baja posición socioeconómica, trabajo, vivienda, alimentación (Galobardes et al., 2006).

Factores psicosociales: Explica la importancia de un equilibrio social como determinante de factores psicológicos, se pueden presentar afecciones de acuerdo a diferencias socioeconómicas por tensiones laborales, presencia de deudas, la conformación de un hogar, mercado laboral, incertidumbre financiera, la probabilidad de sufrir violencia o amenazas, todos estos eventos estresantes en el curso de vida de las personas. (Solar & Irwin, 2010) Para Wilkinson entre mayores sean las diferencias entre salarios en una misma sociedad, mayores son las diferencias entre los estratos sociales. De ahí se genera una interacción social caracterizada por una baja solidaridad y pobre espíritu comunitario. (Solar & Irwin, 2010)

Factores biológicos y comportamentales: Incluye desde factores biológicos genéticos, cambios secundarios a la edad o por el sexo y comportamentales protectores como el ejercicio o perjudiciales como el tabaquismo, explica cómo diferencias en estilos de vida individuales pueden generar inequidades en salud (Marmot & Rose, 1984).

Los Sistema de Salud están ubicados en la esta teoría como determinantes intermedios. Las dificultades en acceso a los servicios de salud de calidad son unos factores de vulnerabilidad ante los efectos negativos de los determinantes intermedios. Los sistemas de salud tienen la capacidad de modular los efectos negativos de los determinantes intermedios, por la capacidad que tienen de crear programas que protejan a la población para evitar el descenso del estatus en la escala social. (Solar & Irwin, 2010).

Cohesión social

La comisión de Determinantes Sociales de la Salud considera al Estado como un ente fundamental en la protección social empleando un papel sistemático de defensa contra la inseguridad social. En la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud se incluye este punto bajo la noción de capital social logrando una vinculación de la población con las políticas sanitarias y las instituciones y el desarrollo de sistemas que permitan la

participación de los ciudadanos logrando influencia en la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas (Labra, 2002).

Los conceptos de cohesión social y capital social han sido objeto de debate. Solar e Irwin (2010) presentan 3 aproximaciones que los autores han ofrecido sobre el concepto de capital social. La primera: aproximación comunitaria, en que las características de las comunidades permiten una organización social que generan “coordinación y cooperación” en beneficio mutuo. La segunda es la aproximación de la Red social, en que los recursos fluyen a través de las redes e inciden en la estructura social y de poder. Bajo esta perspectiva, los factores que influyen a una persona no pueden ser vistos de forma individual sino como parte de una estructura social. La tercera es la aproximación de distribución de recursos, en que se incluye al capital social en las diferencias distributivas de riqueza material. Los autores consideran que, si bien el capital social y la cohesión social son importantes para el desarrollo de la teoría de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud, los diferentes abordajes que hay en torno a los conceptos de cohesión social y capital social hacen problemática una localización clara de estos en la teoría. En algunos momentos puede ser vista como propiedades de grupos sociales, pero en otros momentos pueden ser propiedades individuales. En el primer caso se entendería como un determinante estructural, y en el segundo como un determinante intermedio. Al respecto Solar e Irwin (2010) consideran que “Puede ser más apropiado pensar en este componente como un componente “transversal” entre las dimensiones estructurales e intermedias, con características que las vinculan a ambas.” (Solar & Irwin, 2010)

La teoría propone la acción política en salud pública principalmente a través de 3 acciones: la Primera la formulación de programas específicos que mejoren la salud de poblaciones de bajo nivel socioeconómico. La segunda acción pretende cerrar las brechas de salud entre los distintos grupos socioeconómicos. La tercera es abordar la relación entre la posición socioeconómica y la salud de las personas. Adicionalmente identifican 4 áreas de intervención: 1. La reducción de desigualdades en determinantes estructurales, 2. Acciones sobre los determinantes intermedios en los distintos grupos poblacionales esperando mejorar el estado de salud comunitario, 3. Sabiendo que el estado de salud puede afectar la posición

socioeconómica de las personas, buscan intervenciones que mantengan la fuerza laboral de las personas con enfermedades crónicas, 4. Se enfoca en la prestación de servicios de salud preventivo no solo curativo de modo que no solo, las personas con alto nivel económico tengan acceso a ese tipo de servicios. (Solar & Irwin, 2010)

2.3 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD

Previo a la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud, en salud pública y epidemiología se aplicaba la perspectiva de factores de riesgo y causas de la enfermedad, con base en el modelo Biomédico y de estilos de vida. Para superar la noción de factores de riesgo y causa, la DSS1 propone el concepto de Determinante social. Al darle un carácter social a la enfermedad se trata de superar el modelo explicativo causal de las enfermedades.

La siguiente cita presenta el concepto de determinante social y permite el consecuente análisis:

*“Graham observes that the concept of “social determinants of health” has acquired a dual meaning, referring both to the social factors promoting and undermining the health of individuals and populations and to the social processes underlying the unequal distribution of these factors between groups occupying unequal positions in society. The central concept of “social determinants” thus remains ambiguous, referring simultaneously to the determinants of health and to the determinants of inequalities in health.”*⁵ (Solar & Irwin, 2010)

⁵ Traducción propia: “Graham observó que el concepto de “determinantes sociales de la salud” ha adquirido un significado dual, refiriéndose tanto a los factores sociales que promueven y determinan la salud de individuos y poblaciones y los procesos sociales que subyacen a la distribución desigual de estos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. El concepto central de “determinantes sociales” sigue siendo ambiguo, refiriéndose simultáneamente a los determinantes de la salud y a los determinantes de las inequidades en salud.”

La teoría habla de la noción de determinante social de la salud como un concepto ambiguo: “El concepto central de “determinantes sociales” **sigue siendo ambiguo**⁶, refiriéndose simultáneamente a los determinantes de la salud y a los determinantes de las inequidades en salud.” (Solar & Irwin, 2010) En primer lugar, el concepto se enfoca en factores que pueden ser estudiados de forma individual (factores que promueven y determinan la salud de individuos y comunidades), en segundo lugar, el concepto presenta los procesos sociales por los cuales se dan las inequidades en la población. De esa manera la teoría si bien busca conceptualizar la inequidad en salud, tiene conceptos que no determinan inequidades si no que promueven o inciden en la salud desde un punto no estructural y sin determinar inequidades, esa ambigüedad teórica expresada da como resultado limitaciones prácticas que serán tratadas en el transcurso del presente análisis.

Para la teoría, los determinantes sociales de las inequidades en salud se encuentran con el estudio de los llamados determinantes estructurales de la salud. Los determinantes estructurales son los del contexto socioeconómico y político y los mecanismos que generan estratificación social y posición social que terminan siendo factores que pueden ser medidos de forma individual (educación, ocupación, ingresos, etnia, género). De los determinantes estructurales se espera de forma implícita que afecten desde el macro-nivel a los niveles inferiores (determinantes intermedios de la salud). Al poder ser medidos de forma individual un grupo de determinantes estructurales se encuentra una incoherencia conceptual en la teoría.

“We adopt the term “structural determinants” to refer specifically to interplay between the socioeconomic-political context, structural mechanisms generating social stratification and the resulting socioeconomic position of individuals. These structural determinants are what we include when referring to the “social determinants of health inequities” [...] When

⁶ El resaltado es mío.

*referring to the more downstream factors, we will use the term “intermediary determinants of health”.*⁷ (Solar & Irwin, 2010)

De manera implícita la teoría presenta una forma de estructura social en que desde los determinantes sociales estructurales se imparte una organización social que influye sobre las personas. El concepto de contexto socioeconómico y político es usado como el determinante social estructural que va a definir las inequidades en salud en la población.

El concepto de contexto socioeconómico y político es propuesto por la teoría para dar cuenta de los determinantes sociales de las inequidades en salud. La teoría lo incluye como un componente político que no tiene el modelo Biomédico y de estilos de vida de modo que se busca superar tal visión.

*“the socioeconomic political context. This is a deliberately broad term that refers to the spectrum of factors in society that cannot be directly measured at the individual level”*⁸ (Solar & Irwin, 2010)

Como se puede ver en la cita anterior, la teoría presenta el concepto de contexto socioeconómico y político como un concepto *“deliberadamente amplio”* que trata los factores de la sociedad que cumplan con la propiedad de no ser medidos de forma individual. De forma implícita el concepto explica que hay factores dentro de la sociedad que si son medidos de forma individual (Los determinantes sociales de posición socioeconómica) y que los factores del contexto socioeconómico y político están en el macronivel.

⁷ Traducción propia: “Nosotros adoptamos el término “determinantes estructurales” para referirnos específicamente a la interacción entre el contexto socioeconómico-político, los mecanismos estructurales que generan la estratificación social y la posición socioeconómica resultante en los individuos. Estos determinantes estructurales son los que incluimos cuando nos referimos a los “determinantes sociales de las inequidades en salud” [...] Cuando nos refiramos a factores corriente abajo, usaremos el término “determinantes intermedios de la salud”.”

⁸ Traducción propia: “El contexto socioeconómico y político. Es un término deliberadamente amplio que se refiere al espectro de factores en la sociedad que no pueden ser medidos directamente en el nivel individual.”

Al presentar un concepto “amplio” que incluye factores que no pueden ser medidos de forma individual, la teoría presenta un concepto de tipo operacional, es decir, no lo fundamentan en alguna teoría social, por lo que no se cumple con el objetivo de explicar las inequidades en salud. El contexto socioeconómico y político es un concepto ateorico, luego es estrictamente operacional.

Teniendo la dificultad de explicar las inequidades en salud por lo ateorico del concepto dificulta las intervenciones para abordar las inequidades de modo que finalmente las intervenciones que plantean dentro del contexto socioeconómico y político se orientan a mitigar los problemas que ocasionan vulnerabilidades diferenciales en salud y no a cambiar la estructura de la sociedad.

Cabe anotar que salir del modelo biomédico y de estilos de vida a una forma social de explicar las enfermedades con un contexto socioeconómico y político fue un cambio importante en el mundo con un impacto a nivel político que lo puede dificultar. La comisión de determinantes sociales de las inequidades en salud fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud OMS, un organismo multilateral que hace parte de la Organización de las Naciones Unidas ONU. El contexto político a que hace parte la teoría puede ser uno de los factores influyentes en la falta de teorización en torno al contexto socioeconómico y político por los posibles efectos en materia económica, política y social que se puede tener sobre los países miembros.

La teoría trata de tomar distancia del modelo biomédico y de estilos de vida, pero usa conceptos como el de factores, tanto en lo estructural como en lo intermedio. El uso de la palabra factor en general hace referencia a los factores de riesgo, lo que ha llevado a la teoría a acercarse al modelo biomédico y de estilos de vida e induce al estudio individual de dichos factores (determinantes), con la consecuente explicación causal de las enfermedades, de modo que el uso de la noción de factor conlleva a una incoherencia conceptual dentro de la teoría.

A continuación, se ponen ejemplos del uso de la noción de factor dentro de la teoría

“Stress may be a causal factor and a trigger that directs many forms of illness; and detrimental long-term stress may also be part of the causal complex behind many somatic illnesses.”⁹ (Solar & Irwin, 2010)

“The structural determinants operate through a series of what we will term intermediary social factors or social determinants of health.”¹⁰ (Solar & Irwin, 2010)

De la misma forma la teoría hace uso de las relaciones causales para explicar la enfermedad. El epígrafe anterior presenta cómo el concepto de estrés, que hace parte de un antecedente conceptual desde una teoría social, se enfoca como un “factor causal” de modo se que liga la teoría social a la biomédica y de estilos de vida. Por otro lado, no se diferencia teóricamente el “factor social intermedio” del “determinante social de la salud”. Entonces, la teoría a pesar de buscar inequidades en salud, tiene un foco importante en la descripción de factores causales de las enfermedades.

Uno de los aspectos positivos que tiene la DSS1 es que deja ver una relación de la salud con factores como el trabajo, condiciones de vida o alimentos desde los determinantes estructurales hasta los intermedios. Sin embargo, este aspecto positivo queda limitado por que el objetivo de la teoría no es lograr una explicación de las relaciones de la población con el sistema en tanto medios de producción, mercado o fuerza de trabajo como se presentó en el segundo capítulo del presente estudio.

La teoría considera que los determinantes estructurales de posición socio económica están determinados por el contexto socioeconómico y político e incluyen a la clase social, el género y la etnia. Los determinantes de posición socioeconómica determinan las condiciones de trabajo y circunstancias materiales de la población. De ese modo la teoría presenta

⁹ Traducción propia: “El estrés puede ser un factor causal y gatillo que desencadena muchas formas de enfermedad; y el estrés perjudicial a largo plazo también puede ser parte del complejo causal detrás de muchas enfermedades somáticas.”

¹⁰ Traducción propia: “Los determinantes estructurales operan a través de series de lo que nosotros llamamos factores sociales intermedios o determinantes sociales de la salud.”

mecanismos que desde lo macrosocial en el contexto socioeconómico y político influyen sobre los determinantes estructurales de posición socioeconómica y a los determinantes intermedios generando diferentes inequidades en salud.

“The CSDH framework posits that structural determinants are those that generate or reinforce social stratification in the society and that define individual socioeconomic position. [...] We now examine briefly each of the major variables used to operationalize socioeconomic position. First we analyse the proxies used to measure social stratification, including income, education and occupation. [...] Having reviewed the use of these variables, we then turn to analyse social class, gender and ethnicity that operate as important structural determinants.”¹¹ (Solar & Irwin, 2010)

En el epígrafe anterior se presenta que los determinantes estructurales determinan la estratificación y posición socioeconómica de la población. Ya se había anotado que la apuesta fundamental de la teoría es la lectura de las inequidades desde los determinantes estructurales, entonces, la estratificación social y la posición socioeconómica determinan inequidades en sí mismas.

La teoría dice que la posición socio económica se puede operacionalizar a través de algunas variables que miden estratificación social como los ingresos, educación y ocupación. Lo anterior, tiene dificultades por que de nuevo la teoría más que explicar las relaciones sociales, se enfoca en operacionalizar el concepto, de modo que pueda ser medido en los estudios epidemiológicos a través de los determinantes estructurales de posición socioeconómica, los cuales son medidos de forma individual por lo que finalmente definen una posición socioeconómica individual. En la práctica los determinantes estructurales de posición

¹¹ Traducción propia: “El marco conceptual de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud postula que los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación social en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual. [...] Ahora examinamos brevemente cada una de las principales variables utilizadas para operacionalizar la posición socioeconómica. Primero analizamos el uso de variables para medir la estratificación social, incluidos los ingresos, la educación y la ocupación. [...] Habiendo revisado el uso de estas variables, pasamos a analizar la clase social, el género y la etnia que operan como importantes determinantes estructurales.”

socioeconómica terminan siendo unas variables individuales más, que, si bien dan información de la población en lo social, no logran explicar las relaciones del macronivel con los niveles inferiores.

Otra de las ventajas de la teoría es que plantea que la posición socioeconómica es determinada por el contexto socio económico y político, de modo que se permite explicar cómo unos factores macrosociales tienen la capacidad de incidir sobre aspectos como la clase social. Sin embargo, los determinantes sociales de posición socioeconómica si bien son determinantes estructurales en la teoría, realmente son determinados por los del contexto socioeconómico y político. Eso quiere decir que a pesar de que la teoría los coloca como determinantes estructurales, realmente pueden ser entendidos como grupo de determinantes de transición que son leídos y estudiados de forma individual.

Una fortaleza importante de la teoría es la inclusión de determinantes explicativos de gran interés dentro de lo social, como las discusiones alrededor de las desigualdades de género y raza. Para la teoría biomédica y de estilos de vida, el género y la raza son factores de riesgo que tienen detrás las verdaderas causas que son de carácter biológico. En la teoría social se permite hacer un análisis de mayor profundidad sobre dichos determinantes. En el siguiente epígrafe se puede ver cómo para la DSS1 la desigualdad de género es consecuencia de problemas sistemáticos en tanto acceso a poder, reconocimiento social y recursos, de modo que se propone un espacio de discusión y acción frente a las inequidades asociadas a dicha desigualdad.

“In many societies, girls and women suffer systematic discrimination in access to power, prestige and resources. Health effects of discrimination can be immediate and brutal (e.g. in cases of female infanticide, or when women suffer genital mutilation, rape or gender-based domestic violence).”¹² (Solar & Irwin, 2010)

¹² Traducción propia: “En algunas sociedades, mujeres y niñas sufren una discriminación sistemática en el acceso al poder, prestigio y recursos. Los efectos en salud de la discriminación pueden ser inmediatos y crueles

Pese al logro de la teoría en plantear una vía que va de los determinantes estructurales a las inequidades en salud, es decir, los determinantes intermedios, una de las debilidades es que los determinantes intermedios se conceptualizan como solo un conjunto más de factores con los que se puede explicar de forma individual la génesis de las enfermedades.

El siguiente epígrafe, presenta lo dicho anteriormente

“The structural determinants operate through a series of what we will term intermediary social factors or social determinants of health. The social determinants of health inequities are causally antecedent to these intermediary determinants, which are linked, on the other side, to a set of individual-level influences, including health related behaviors and physiological factors. [...] At the most proximal point in the models, genetic and biological processes are emphasized, mediating the health effects of social determinants”¹³ (Solar & Irwin, 2010)

La teoría DSS1 no se aleja completamente de la teoría Biomédica y de estilos de vida, al contrario, usa varios de sus conceptos. Los factores biológicos y comportamentales presentan aun más lo ligado que está la teoría a la biomédica y de estilos de vida, en este punto la teoría termina siendo reduccionista e individualista. La aplicación de la misma va en el mismo sentido. Se pierde el espacio ganado desde lo macro para la explicación de la enfermedad.

El concepto de determinante social ha sido de vital importancia en la ampliación de las agendas en salud pública en el mundo, de diferentes formas la investigación pasó de búsqueda

(Ej, en casos de infanticidio femenino, o cuando la mujer sufre mutilación genital, violaciones o violencia doméstica basada en género)”

¹³ Traducción propia: “Los determinantes estructurales operan a través de una serie de lo que nosotros llamamos factores sociales intermedios o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales de las inequidades en salud son los antecedentes causales a esos determinantes intermedios, que están vinculados por otro lado a influencias del nivel individual, los cuales incluyen comportamientos en salud y factores fisiológicos. [...] El punto más proximal en los modelos se enfatiza en los procesos genéticos y biológicos que median los factores en salud de los determinantes sociales.”

de factores a determinantes, y las acciones concretas se dan hacia evitar inequidades desde la Justicia Social.

“Programmes to improve health among low SEP¹⁴ populations have the advantage of targeting a clearly defined, fairly small segment of the population and of allowing for relative ease in monitoring and assessing results. Targeted programmes to tackle health disadvantage may align well with other targeted interventions in a governmental anti-poverty agenda, for example social welfare programmes focused on particular disadvantaged neighborhoods.”¹⁵ (Solar & Irwin, 2010)

El epígrafe anterior presenta algunos beneficios y dificultades de la teoría respecto a su capacidad de actuar. Frente a los beneficios en primer lugar, se proponen intervenciones en lo social que están dirigidas a segmentos específicos de la población con características propias como bajo nivel socioeconómico, de manera que se puedan evaluar y monitorear fácilmente las intervenciones. En segundo lugar, es importante que las intervenciones en salud pueden estar atadas a otras intervenciones gubernamentales. En tercer lugar, al incluir las intervenciones en Salud Pública en las agendas gubernamentales, atan a la Salud Pública a agendas más amplias que las exclusivas de salud.

Frente a las dificultades que presenta la teoría con su capacidad de actuar, se encuentra que las acciones que se realizan para evitar inequidades como se dijo anteriormente se dirigen a poblaciones en desventaja social, entonces, terminan siendo intervenidos los problemas encontrados en poblaciones individuales, pero no afectan la estructura social.

¹⁴ SEP son las siglas en inglés de posición socioeconómica (Socio economic position)

¹⁵ Traducción propia: “Los programas para mejorar la salud entre las poblaciones de bajo nivel socio económico tienen la ventaja de estar dirigidos a un segmento de la población claramente definido y bastante pequeño y de permitir una relativa facilidad para monitorear y evaluar los resultados. Los programas específicos para abordar las desventajas de la salud pueden alinearse bien con otras intervenciones específicas en una agenda gubernamental contra la pobreza, por ejemplo, programas de bienestar social dirigidos a barrios desfavorecidos.”

“Three broad policy approaches to reducing health inequities can be identified: (1) improving the health of low SEP groups through targeted programmes; (2) closing the health gaps between those in the poorest social circumstances and better off groups; and (3) addressing the entire health gradient, that is, the association between socioeconomic position”¹⁶ (Solar & Irwin, 2010)

El anterior epígrafe muestra 3 formas de reducir las inequidades. La primera propone programas enfocados en grupos con bajo nivel socioeconómico, es decir, la formulación de intervenciones en salud pública que logren cambios de forma individual. Anteriormente se explicó que la teoría enfoca las inequidades en salud desde el macro nivel, por lo tanto, al actuar sobre niveles meso y micro queda poca capacidad de cambio en las personas por no verse afectada la estructura social. La segunda forma de reducir las inequidades se enfoca en el cierre de brechas entre los grupos sociales y la tercera con un abordaje de la posición socioeconómica.

Las dos ultimas formas que se proponen para abordar las inequidades en salud si afectan la estructura social por lo que intervenciones socioeconómico y político y los cambios consecuentes sobre la posición socioeconómica lograrían cambios sobre las inequidades. La teoría propone acciones en salud sobre los niveles global, macro, meso y micro. En el nivel global se proponen formular políticas de estratificación a espera de reducir las inequidades y los efectos en la estratificación social. En el nivel macro propone políticas para reducir las exposiciones a desventajas. En el nivel meso propone la formulación de políticas que reduzcan las vulnerabilidades y en el micro nivel se enfoca en políticas que reduzcan las consecuencias de las inequidades. Lo anterior permite entender que la teoría ata las agendas en Salud pública a intervenciones en los diferentes niveles, sin embargo, tienen un foco en la mitigación de las injusticias de modo que no se proponen cambios de base. Al realizar mayormente intervenciones en grupos de bajo nivel socioeconómico sin estrategias hacia el

¹⁶ Traducción propia: “Se pueden identificar tres enfoques generales de política para reducir las inequidades en salud: (1) mejorar la salud de los grupos de bajo nivel socio económico a través de programas específicos; (2) cerrar las brechas de salud entre aquellos en condiciones de pobreza y los grupos en mejores condiciones; y (3) abordar todo el gradiente de salud, es decir, la asociación con la posición socioeconómica.”

contexto socioeconómico y político no se actúa sobre las inequidades en salud lo que es incoherente con la teoría.

En síntesis, se puede observar que la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud tiene fortalezas como: 1) trata de superar la explicación causal y el modelo biomédico y de estilos de vida mediante la búsqueda de determinantes de inequidades en salud; 2) presenta el concepto de estructura social en el cual, desde los determinantes estructurales, se determinan las clases sociales e incluye determinantes como el género y la raza de las personas para el estudio de las inequidades en salud. Sin embargo, su mayor dificultad es que no cuenta con una teoría de lo social que explique la configuración del contexto socioeconómico y político y cómo este termina determinando las inequidades en salud y la acción política. De modo que no se supera completamente la explicación causal de las enfermedades y la noción de riesgo del modelo biomédico y de estilos de vida. Bajo esta perspectiva, se termina trabajando sobre variables individuales y no sobre un contexto social amplio, por lo que las políticas en salud en última instancia solo mitigan los problemas encontrados con poca acción sobre la estructura social y las inequidades en salud.

Veremos en el apartado de alcances y limitaciones de la teoría de determinación social de la salud que muchas de las fortalezas de la teoría superan las limitaciones de la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud antes mencionadas. Sin embargo, hay que recordar que la teoría de determinación social de la salud se propuso en los años 70 del siglo XX y la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud fue comisionada por la OMS en el año 2004 y el reporte final publicado en el año 2008, por lo que se sobreentiende que la teoría de determinación social de la salud, si bien supera algunos conceptos de la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud no fue diseñada con tal finalidad.

CAPÍTULO 3: TEORÍA DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

En el presente capítulo se aborda la teoría de determinación social de la salud. Se presentarán, en primer lugar, las críticas que realiza la DSS2 a la DSS1 como telón de fondo que permite comprender la teoría DSS2. En segundo lugar, se expondrá la teoría DSS2. Para tal fin, se seguirá de cerca a Naomar Almeida Filho quien presenta algunos modelos teóricos sobre la teoría de determinación social de la salud. Finalmente se realizará el análisis conceptual sobre la teoría.

3.1 CRÍTICAS A LA TEORÍA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD

Los desarrollos teóricos frente a la determinación social de la salud han sido principalmente dados desde el movimiento de la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana (MS-SC), a través de autores pertenecientes a la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Posterior a la publicación del informe de la comisión de determinantes sociales de las inequidades en salud, ALAMES llevó a cabo el taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, en donde se trataron algunos logros y se plantearon algunas críticas a la teoría DSS1. A continuación se presentarán tanto los logros como las críticas realizadas por ALAMES.

En primer lugar, ALAMES reconoce la labor de la comisión de terminantes sociales de las inequidades en salud para reunir evidencia científica sobre el papel de los determinantes sociales y las desigualdades en los resultados en salud de la personas y comunidades. Con la evidencia recolectada la comisión de determinantes sociales de la salud, logró posicionar los determinantes sociales en los diferentes debates mundiales sobre la salud e hicieron contrapeso a la teoría biomédica y de estilos de vida, trataron de alejarse de las explicaciones causalistas de la enfermedad y abrieron la posibilidad de estudio de las enfermedades teniendo en cuenta aspectos sociales que determinan las enfermedades.(Arellano et al., 2008; González Guzmán, 2009)

Por lo anterior, ALAMES reconoce en la comisión de determinantes sociales de las inequidades en salud un avance en la visibilización de las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud. La visibilización de las desigualdades es importante en el momento histórico actual, en que el mundo tiene una visión de desarrollo estrictamente económica, y las políticas neoliberales, impulsadas en occidente, afectan directamente a las clases sociales mas vulnerables quienes sufren de mayores impactos en salud. (Arellano et al., 2008)

Un tercer avance de la comisión de determinantes sociales de las inequidades en salud, es que realizan recomendaciones para reducir las desigualdades en salud y buscan la generación de políticas que garanticen la prestación de los servicios sociales esenciales a las personas. Lo anterior es especialmente importante por que las personas están inmersas en sociedades que buscan la privatización de bienes, servicios y recursos, sin importar los efectos sociales que esas acciones generan. Al recomendar los cambios políticos en busca de reducción de desigualdades, se realiza un contrapeso a las políticas de privatización transnacionales. (Arellano et al., 2008)

Respecto a las críticas a la Comisión de Determinantes Sociales de las Inequidades en Salud, ALAMES hace referencia principalmente a: i) asuntos metodológicos, ii) una visión neo-causalista de las enfermedades, iii) un silencio ante las injusticias del capitalismo y iv) una pobre acción sobre la política a pesar de hacer parte de los determinantes estructurales.

Frente a lo metodológico, ALAMES critica que, si bien la evidencia encontrada sobre los factores sociales en salud es importante, la metodología empleada para identificar estos factores sociales reproduce las metodologías tradicionales de la epidemiología y la Salud Pública del paradigma dominante (biomédico y de estilos de vida) y caen en el problema de fragmentar la realidad con el supuesto de que aislados los factores se puede explicar la realidad y modificarla. De ese modo, la forma de explicación de las inequidades en salud, si bien se da desde los determinantes estructurales, la medición de dichos determinantes estructurales termina haciéndose a través de la medición en el nivel individual. (Arellano et al., 2008)

Relacionado con lo anterior, la segunda crítica de ALAMES hace referencia a una visión neo-causalista de la enfermedad, en que los determinantes sociales de la salud se convierten en factores de riesgo individuales, de manera que los determinantes pierden su dimensión socio-histórica y terminan siendo entendidos como factores de riesgo biológicos y factores relacionados con elecciones inadecuadas de estilos de vida, de modo que la teoría permanece ligada a los conceptos biomédicos y de estilos de vida. (Arellano et al., 2008)

Una tercera crítica de ALAMES a la teoría de DSS1 es que, como la teoría no considera lo determinante que es el sistema de producción capitalista y la presencia de políticas de globalización para la existencia de las injusticias sociales, no permite comprender a profundidad la razón de dichas inequidades. En otras palabras, la teoría es débil en el análisis de lo estructural, por lo cual las soluciones a los problemas estructurales terminan siendo enfocados en mitigar los problemas, de modo que al final siguen existiendo las inequidades en salud. Además la teoría no permite una postura crítica frente a problemas que producen destrucción y muertes como por ejemplo: 1. las guerras, varias de las cuales tienen intereses económicos dentro del desarrollo propio del modelo de producción y las relaciones económicas en el mundo globalizado, 2. el daño medioambiental asociado a producción industrial acelerada de bienes de consumo, 3. La presencia de empresas transnacionales y agroalimentarias causantes del daño medioambiental y productoras en muchos casos de insumos o alimentos que pueden tener efectos deletéreos en la salud de las personas. (Arellano et al., 2008; González Guzmán, 2009)

Relacionado con lo anterior, para ALAMES, la teoría DSS1 propone que los cambios sociales se pueden conseguir mediante negociaciones entre actores sociales y como un asunto de voluntades políticas, desconociendo las relaciones de poder y desigualdades existentes entre las clases sociales, al tiempo que invisibiliza la presencia de actores transnacionales sobre asuntos como la alimentación y la salud. (Arellano et al., 2008)

Finalmente, frente a lo político (crítica iv), ALAMES le reprocha a la teoría DSS1 la falta de una acción política ante los determinantes estructurales. ALAMES menciona que, si bien la

teoría DSS1 incluye unos factores sociopolíticos y económicos, no hay claridad en la forma de incidir sobre dichos factores. (Arellano et al., 2008; González Guzmán, 2009)

3.2 TEORÍA DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

La corriente teórica de determinación social de la salud ha sido conformada de forma heterogénea desde los años 70 del siglo XX. Los autores comparten el concepto de determinación social de la salud como la base explicativa del proceso Salud-Enfermedad, dentro de lo cual tienen propuestas cercanas que si bien no son contradictorias han generado algunos debates que es importante presentar de manera general.

En general la teoría de determinación social de la salud presenta un enfoque metodológico desde las ciencias sociales aplicado a la Salud Colectiva, mediante el cual se entiende el proceso salud enfermedad como procesos de producción y reproducción social en que está subsumido lo biológico. La teoría plantea que existen procesos históricos, en los que se dan relaciones dialécticas entre lo biológico y lo social que determinan los modos de enfermar de las personas. (Almeida Filho & Silva Paim, 1999; Breilh, 2013; Iriart et al., 2002; Morales Borrero et al., 2013).

Al revisar los textos de los autores proponentes de la teoría DSS2, es notable que realizan una crítica al sistema de producción capitalista, los cambios sociopolíticos que se han generado con la globalización y la perspectiva neoliberal pues los proponentes de esta teoría han demostrado que se ha afectado directamente a las clases sociales más vulnerables y se han generado impactos ecológicos deletéreos que afectan directamente la salud de las personas.(Almeida Filho & Silva Paim, 1999; Breilh, 2010)

Por lo anterior, algunos autores sitúan una necesidad de cambio en la forma de estudio de los problemas sociales y la salud, en particular, una crítica a la epidemiología hegemónica que está al servicio de intereses determinados por las relaciones de poder y no cumple con la labor social que debería cumplir en las comunidades. Por lo tanto, las acciones resultantes no logran cambios significativos sobre la salud de las personas. (Almeida Filho & Silva Paim, 1999; Breilh, 2010)

La teoría de la determinación social de la salud surge como una propuesta contrahegemónica, de base crítica en tanto modelo emancipatorio de las sociedades. Los proponentes coinciden en la lucha de clases como un pilar en el proceso de emancipación a miras de un cambio social que se da desde las bases comunitaria, la academia y los gobiernos. Para la explicación de la génesis de la enfermedad, hacen uso de la teoría marxista y proponen una conceptualización del proceso salud-enfermedad con mecanismos históricos y dialecticos que serán desarrollados a continuación.(Breilh, 1991, 2021)

Para los proponentes de la teoría DSS2, el proceso Salud-Enfermedad tiene un carácter social y por lo tanto histórico, esto en oposición a la visión biomédica y de estilos de vida en que los procesos que desencadenan la enfermedad son estrictamente físicos, químicos y biológicos, de modo que desocializan la salud y la enfermedad, es decir las abordan en términos ahistóricos y apolíticos. Desde la perspectiva biomédica y de estilos de vida, el análisis epidemiológico se ve reducido al estudio del individuo de manera que las explicaciones parten de lo individual a lo general. El estudio de la enfermedad de forma ahistórica y apolítica no permite entender los procesos sociales ni la vulnerabilidad diferenciada de las personas. (Breilh, 2021; Laurell, 1988)

El carácter social del proceso salud enfermedad para los proponentes de la DSS2 indica que el proceso salud-enfermedad es socialmente determinado de modo que se exploran los determinantes externos desde una visión histórica teniendo en cuenta los diferentes niveles de complejidad (general, particular y singular) de manera que los niveles más complejos determinan a los de menor complejidad. En otras palabras, para la teoría, lo social subsume lo biológico y psicológico que están en el nivel individual (Breilh, 2021; Laurell, 1994).

Los teóricos de la DSS2, tras explicar el carácter social e histórico del proceso salud enfermedad, se enfocan en la forma en que los modos de producción y consumo se relacionan para determinar la reproducción social de cada clase social. Para los autores en cada sociedad se dan unas fuerzas productivas que son dependientes del modo de producción, las mismas fuerzas productivas determinan las relaciones que se dan entre los individuos, por ejemplo, en el capitalismo, por ser la acumulación de capital uno de los objetivos del sistema, se

generan diversas relaciones entre trabajadores y los dueños del capital que van a dar como resultado las clases sociales. (Almeida-Filho, 2004)

De las formas particulares de producción, según los autores, se generan formas específicas de consumo. La relación dialéctica entre producción y consumo es la que determina los modos de reproducción social de cada comunidad, entonces, la reproducción social es la forma en que cada persona se relaciona con el ambiente. Para los autores la reproducción social es dependiente del entorno territorial, la organización de clases, privatización y alienación. (Almeida-Filho, 2004; Breilh, 1991) De la interacción entre cada clase social y el ambiente se generan los perfiles de clase que van a determinar el proceso salud enfermedad en cada clase social (Almeida-Filho, 2004)

Se ha generado un debate alrededor del concepto de reproducción social. Por un lado, para Breilh y Granda, la reproducción social es una categoría dialéctica asociada a los procesos de producción y consumo, que pueden ser procesos protectores o procesos dañinos propios de cada grupo social, los cuales al interactuar generan un perfil epidemiológico de clase. Por otro lado, para Asa Cristina Laurell, el concepto de reproducción social es reemplazado por el concepto de proceso de trabajo en que la búsqueda de plusvalía por parte de los tenedores del capital, generan unas cargas en las personas que se van a expresar en el nexo biopsíquico humano para finalmente conformar un perfil patológico de clase. Los perfiles, epidemiológico de clase y patológico de clase, hacen referencia finalmente a las formas diferenciadas de enfermar de cada clase social de acuerdo al proceso socio histórico en que se encuentran. (Almeida-Filho, 2004; Breilh, 1991, 2021; Laurell, 1978) A continuación se profundizará en cada una de las dos perspectivas.

Para Jaime Breilh y Edmundo Granda cada clase social dentro de su propia conformación, tiene un perfil epidemiológico de clase que se constituye de dos maneras: un perfil esencial y un perfil fenoménico. El perfil epidemiológico de clase esencial es el perfil reproductivo, el perfil epidemiológico de clase fenoménico es el perfil del proceso salud-enfermedad. El proceso salud enfermedad para Breihl y Granda se da por un proceso dialéctico entre los aspectos de reproducción social que dan valor de clase (valores), y los aspectos de

reproducción social que son nocivos para la clase social (contravalores). Finalmente, las relaciones de los valores y contravalores son los que van a determinar el proceso salud-enfermedad en cada clase social. (Breilh, 1991; Breilh et al., 1991; Almeida-Filho, 2004) De esta manera se puede comprender los procesos de determinación social de la salud como una influencia sociohistórica en que desde los niveles macrosociales se subsume a los microsociales determinando los modos de enfermar de cada clase social.

Asa Cristina Laurell, propone el proceso de reproducción social a través de la noción de trabajo. Para el marxismo, trabajo es un proceso en que el hombre se apropia de la naturaleza para transformarla en elementos útiles para la vida. Asa Cristina Laurell, para explicar la relación existente entre el trabajo y la salud, plantea que se da un proceso laboral y un proceso de valorización. La característica principal del proceso laboral es la producción de bienes. La valorización trata de la producción de plusvalía.(Laurell, 1978; Laurell, 1991; Almeida-Filho, 2004)La producción de plusvalía es una de las características más importantes del modo de producción capitalista, ya que de ahí se permite la acumulación de capital para su reinversión y mayor acumulación. Laurell habla de dos formas de plusvalía una absoluta y una relativa. La plusvalía absoluta proviene del aumento de la jornada laboral o la reducción de salario de los trabajadores, de forma que se aumenta la carga sobre los trabajadores sin la remuneración apropiada. La plusvalía relativa proviene del aumento de la productividad por mejoras tecnológicas o la intensificación del trabajo.(Laurell, 1978)

Teniendo en cuenta lo anterior, los procesos laborales pueden afectar la salud de las personas por la carga que generan en cada sujeto. La propuesta de Laurell incluye el concepto de carga laboral (productiva) dividido en cargas con materialidad externa y cargas con materialidad interna. La materialidad externa hace referencia a todas las cargas físicas, químicas y biológicas que se pueden generar en los diferentes procesos laborales. La materialidad interna hace referencia a aspectos como la tensión psíquica que puede tener cada persona dentro del proceso de producción. (Laurell, 1991; Almeida-Filho, 2004)

De lo anterior, Laurell propone la noción de nexo biopsíquico humano como un mecanismo por el cual los procesos históricos en que viven las personas se expresan en la corporalidad

humana. La relación del proceso de producción y las cargas que genera con la expresión a través del nexo biopsíquico lo propone a través del concepto de desgaste. El desgaste hace referencia a un modo específico de trabajo (desgastarse), son las transformaciones negativas que se dan en los procesos laborales biopsíquicos. La relación entre el desgaste y la reproducción social van a dar como resultado un perfil patológico (grupo de enfermedades) de cada grupo social. (Laurell, 1991; Almeida-Filho, 2004)

Naomar Almeida Filho se une al debate de la Determinación Social de la Salud retomando algunos de los conceptos de Breilh y Granda y asociándolos a los de Laurell de forma que los incorpora en un mismo modelo teórico de forma que los enlaza a la *Teoría de Signos, Significados y Prácticas en Salud* y la noción de modo de vida para terminar explicando la configuración de riesgo para el proceso salud-enfermedad-cuidado.

Almeida Filho dentro de su producción científica, adiciona la *Teoría de Signos, Significados y Prácticas en Salud* de Corin y Bibeau (1994) y el concepto de modo de vida desarrollado por Cristina Possas (1989) para ser articulados tanto con las nociones de trabajo como de reproducción social en la explicación de las enfermedades. Desde la *Teoría de Signos, Significados y Prácticas en Salud* se sostiene que la lectura de las experiencias subjetivas de cada persona se obtienen a través de unas formaciones sociales y representaciones culturales dependientes de una articulación entre los contextos macrosociales y los microsociales, es decir que la percepción de las diferentes experiencias de las personas es socialmente determinada desde las condiciones externas de producción de modo que se afectan los modos de vida de las personas. (Bibeau & Corin, 1994; Almeida-Filho, 2004)

Para Almeida Filho, del complejo producción y reproducción social, expresado finalmente en las categorías de trabajo, clase social y modo de vida (prácticas, signos y sentidos), se da una configuración del riesgo que transforma la dicotomía salud enfermedad, en un proceso sociohistórico Salud-Enfermedad-Cuidado en que dicha configuración del riesgo se da por un proceso complejo totalizado e interactivo (Almeida-Filho, 2004).

La clase social es una categoría que diferencia los individuos de acuerdo a sus formas de reproducción social y los modos de vida de cada uno de ellos. La clase social se define por

las características y patrones de trabajo, las formas de organización social, las creencias y comportamientos. Está determinada socialmente desde el modelo económico y la posición en que se encuentra cada comunidad dentro del modelo, además implica aspectos culturales políticos y de relación ambiental. (Breilh, 2021)

3.3 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

La teoría de determinación social de la salud surgió como corriente contrahegemónica en salud en busca de lograr una forma distinta de entender la enfermedad ante los problemas explicativos y prácticos del modelo biomédico y de estilos de vida. Uno de los logros más importantes de la teoría es que tiene un constructo y fuerza conceptual en cada una de sus partes de modo que conforman una teoría sólida con capacidad explicativa de los procesos salud enfermedad en las sociedades.

“Bajo el influjo social de los 70 se crearon las condiciones para que varios núcleos de la medicina social de América Latina se enfocarán en la relación entre el orden social capitalista y la salud, escenario en que nos fue posible proponer de manera directa y pormenorizada el uso de la noción de determinación social de la salud en la epidemiología. Categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir [9].”(Breilh, 2013)

En el epígrafe anterior se ilustra muy bien una de las ventajas de la teoría la cual consiste en que ésta explica cómo la teoría de determinación social de la salud parte de una crítica al sistema de producción capitalista y se enfoca en presentar la relación existente entre el capitalismo y la salud a través del concepto de determinación social, es decir, el concepto de determinación social de la salud se enfoca en explicar la relación entre el modo de producción y la salud de modo que desde el macro nivel se afecta a los niveles inferiores.

Por otro lado, la noción de determinación social de la salud critica al modelo biomédico y de estilos de vida y la forma de investigación en que mediante la observación directa e indirecta

de los sujetos se encuentran las causas de las enfermedades y problematiza la interpretación y el uso de la teoría de sistemas (“*paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología*”) y propone una serie de conceptos que articulan las relaciones del nivel superior con un intermedio e inferior de modo que se explica la forma de enfermar superando completamente de los conceptos de riesgo y causalidad tratados por el modelo biomédico y de estilos de vida. (Breilh, 2013)

La DSS2 está estructurada desde la teoría marxista, lo que le permite heredar conceptos muy sólidos de la teoría de Marx, algunos de los cuales han sido tratados en el transcurso del presente trabajo y que dan una fuerza conceptual en tanto modo de entender las relaciones de los medios y modos de producción con los efectos sobre las poblaciones, sin embargo, por estar tan anclada la teoría al marxismo es difícil la aplicación de la misma para la Salud Pública bajo el sistema de producción capitalista.

La teoría propone una estructura que va de lo macrosocial a lo micro-social, de modo que lo micro está subsumido en lo macro. A continuación, se puede ver cómo conceptos como el de subsunción permiten entender cómo se puede conseguir cambios tanto desde lo macro a micro como de micro a macro (de general a particular y singular o de singular a particular y general).

“La otra forma de interpretar la determinación social del proceso salud-enfermedad centra su explicación en los niveles de determinación al proponer que los niveles más complejos sobredeterminan los de menor complejidad (Breilh, J., Granda, E., 1980: 50-69). Es decir, el nivel social determina, o subsume, el nivel biológico y psicológico.” (Laurell, 1994)

Uno de los beneficios de la teoría es el uso de algunos conceptos usados ampliamente dentro del estudio de lo social como el concepto de subsunción de forma que establece las relaciones entre los niveles general al singular, pero deja abierta la posibilidad de cambio de desde lo singular a lo general.

A su vez el concepto de determinación social es usado para explicar los mecanismos mediante los cuales se afectan los individuos de forma biológica y psicológica determinada por el

macro nivel. La teoría tiene una conceptualización amplia en tanto las relaciones de lo social con lo biológico, se aleja de los conceptos de causalidad y riesgo y propone el concepto de proceso salud-enfermedad como una categoría de carácter holista que se articula mucho mejor a la teoría.

La teoría se enfoca también en explicar desde lo teórico el carácter social del proceso salud enfermedad. Para eso la teoría de nuevo se aleja del modelo biomédico y de estilos de vida (al que considera ahistórico y apolítico), el cual propone la necesidad de explicar la Salud y enfermedad como un proceso biológico. De forma implícita el concepto de proceso le da un carácter histórico a la Salud-enfermedad.

“El hecho de haber precisado que el proceso salud enfermedad tiene carácter histórico en sí mismo, y no solamente porque está socialmente determinado, nos permite plantear que el vínculo, por así decirlo, entre el proceso social y el proceso salud enfermedad biológico está dado por procesos particulares, que son al mismo tiempo sociales y biológicos.”(Laurell, 1988)

Al hablar de un proceso y de la noción de determinación, permite comprender el carácter histórico que se propone para el estudio en la teoría ya que los procesos vienen del pasado, se dan en el presente y continúan y tienen repercusiones en el futuro. La teoría establece una relación histórica y dialéctica de los procesos sociales con los biológicos de forma que se explica la enfermedad de forma histórica y política.

Los conceptos de reproducción social y trabajo son centrales en el desarrollo de la teoría y han logrado explicar las relaciones que se establecen entre los niveles macro y micro sociales para dar resultados particulares en salud. El siguiente epígrafe permite ver el proceso social propuesto desde la reproducción social.

“O desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção, concatenadas em modos e formas de produção, por sua vez realizados concretamente como uma formação social, determinam os padrões de reprodução simples e ampliado. Em cada um dos modos de produção que constituem uma dada formação social concreta, estabelecem se classes

*sociais que apresentam processos típicos de reprodução social em distintas fases do desenvolvimento das forças produtivas. [...] Finalmente, o processo saúde-enfermidade propriamente dito resulta da dialética entre as manifestações da reprodução social que constituem valor de uso para a classe social e aquelas que se contrapõem como nocivas ou perniciosas para a reprodução de classe (denominadas de “contra-valores”)*¹⁷(Almeida-Filho, 2004)

Es importante anotar que la teoría propone una serie de relaciones sociales que parten de la crítica al sistema de producción capitalista y las injusticias del capitalismo. Enfoca el proceso salud enfermedad como el efecto de las características propias de las fuerzas productivas y las relaciones de producción en cada sociedad. Desde la base de la reproducción social es capaz de explicar la influencia socio-histórica que se da sobre poblaciones y personas y cómo esto pueda afectar la salud. Explica las relaciones e influencia en salud de las diferentes industrias dentro del modo de producción capitalista y la afectación en salud tanto a trabajadores como a la población por las formas de producción y el relacionamiento con el medio ambiente.

La teoría se enfoca en ver cómo el acceso diferencial a los recursos por cada clase social conlleva a resultados protectores o malsanos. Por lo tanto, el enfoque de la relación dialéctica producción-consumo expresada en la reproducción social, puede explicar diferentes mecanismos de producción de las enfermedades en distintos espacios. Es decir, las relaciones sociales son diferentes entonces los resultados cambian y las soluciones también. Entonces la reproducción también tiene un enfoque dialéctico hacia lo local, las formas de organización

¹⁷ Traducción propia: “El desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción, unidas en modos y formas de producción, a su vez desarrollados como una formación social, determinan los patrones de reproducción simple y ampliado. En cada uno de los modos de producción que constituyen una formación social concreta, se establecen clases sociales que presentan procesos típicos de reproducción social en distintas fases del desarrollo de las fuerzas productivas. [...] Finalmente, el proceso salud enfermedad propriamente dicho resulta de una dialéctica entre las manifestaciones de la reproducción social que dan valor de uso para la clase social y aquellas que se contraponen como las nocivas para la reproducción social de clase (denominadas contravalores).”

local. De ahí que la perspectiva desde la determinación social exija tanto estudios globales como delimitados en tiempo y espacio.

El modelo entonces, al partir de una crítica amplia al sistema de producción enfoca de forma implícita acciones que pueden llegar a ser abolicionistas del sistema de producción. La teoría de determinación social se adscribe a la teoría crítica, lo que la deja ver como una forma de actuar emancipatoria social, induce a una revolución social en torno a lograr efectos sociales benéficos para la salud. El estudio de la determinación social de la salud presenta resultados con características sociales regionales que deben ser configurados con políticas específicas sobre cada región, eso puede llegar a dificultar la formulación de soluciones en salud ya que implica procesos de cambio amplios en lugares específicos.

Una de las ventajas de la teoría es que plantea que la reproducción social se desarrolla de diferente manera por cada clase social. A su vez las clases sociales se configuran con influencia de las relaciones de poder asociadas a la etnia y el género. De cada clase social se estructuran modos de vida colectivos que definirán el potencial económico, político y cultural de la clase social de donde se generará el perfil epidemiológico de clase y su expresión en el proceso salud-enfermedad.

“En los espacios sociales concretos, desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género. En la interfase de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos y característicos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada clase.” (Breilh, 2010)

Pese a que en la teoría se incluye las categorías de género, etnia y raza, para la teoría la explicación del proceso salud enfermedad hace énfasis en las relaciones sociales que se siguen del modo de producción capitalista. Esto es problemático porque deja de lado otras dinámicas de la sociedad aparte del sistema de producción y que influyen en las inequidades como el género, la raza y la etnia. En cuanto al género, por ejemplo, se han formulado discusiones que sostienen que el sistema patriarcal hace parte de la estructura social y genera

inequidades en salud. Por otra parte, hay procesos de racialización de las sociedades que no son mediados completamente por el sistema de producción capitalista. La teoría en ese sentido se queda corta ya que no incluye ese tipo de discusiones para su análisis de las sociedades.¹⁸

Como se puede ver a continuación, la propuesta de Asa Cristina Laurell en torno al trabajo permite entender las relaciones de lo laboral con los cambios progresivos en salud que termina en la enfermedad.

“[...] trabajo es una categoría social y, por eso, debe ser tratado como tal en sus determinaciones múltiples y no sólo como un factor de riesgo ambiental. [...] Según Marx el trabajo es un proceso consciente por medio del cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para su vida. [...] El modo de producción particular en una sociedad dada también genera un modo particular de consumo.⁹ Los elementos importantes para la determinación social de cuáles son las necesidades en una formación social, de esta manera, se derivan principalmente del proceso de trabajo, y mucho menos de los elementos biológicos.”(Laurell, 1978)

La noción de trabajo en la teoría biomédica y de estilos de vida y en la de determinantes sociales de las inequidades en salud es vista como un factor de riesgo individual de enfermar. Para Laurell, el trabajo es una categoría social que debe ser estudiada de forma amplia para comprender las relaciones sociales con las biológicas y los resultados en salud derivados de las condiciones laborales de las poblaciones. Esto se constituye en una fortaleza de la teoría porque la teoría explica las relaciones de los procesos laborales, con la producción de plusvalía en términos de explotación laboral. La valorización y producción de plusvalía se dan de forma injusta en el sistema desde los problemas de injusticia distributiva y la consecuente explotación y dominación sobre los trabajadores.

¹⁸ En versiones posteriores de la teoría, se encuentra un análisis mayor de la llamada triple inequidad (género, raza y etnia) el cual no fue analizado en el presente trabajo porque no hace parte del alcance de esta investigación.

Modelos teóricos como el de Laurell, si bien buscan establecer los mecanismos por los cuales lo social afectan directamente a lo biológico, se quedan cortos en la explicación del proceso salud-enfermedad. Es decir, son claras las influencias sociales, pero dejan de lado los procesos biológicos.

Para Laurell, el trabajo es el principal elemento para la comprensión de la salud. Incluir la categoría de trabajo en la teoría nos remite directamente a las injusticias del capitalismo ya que la teoría marxista critica ampliamente los procesos de explotación y dominación imperantes en el modo de producción capitalista que llevan a la injusticia distributiva.

“El elemento analítico más importante del proceso de trabajo para la comprensión de la salud, sin embargo, es el trabajo mismo. Es posible distinguir diferentes formas de consumo de la fuerza de trabajo en el proceso de trabajo que implican formas distintas de desgaste del trabajador. Estas formas de consumo son vinculadas a la extracción de plusvalía absoluta y relativa.” (Laurell, 1978)

En el capítulo 2 se explicó que una de las características distintivas del capitalismo es la producción y acumulación de capital. La producción de plusvalía hace referencia a un proceso de valorización del capital que se da de forma injusta en el sistema asociada a problemas distributivos y la explotación y dominación sobre los trabajadores. En ese sentido, la teoría logra un abordaje del modo de producción capitalista y propone un análisis robusto de la salud desde los procesos laborales. El proceso laboral es la base de cualquier economía y sistema de producción lo que va a permitir una amplia crítica y amplifica el campo de acción en lo social.

Al incluir en la teoría las discusiones del trabajo, se ve cómo esta teoría concibe los cambios en acción y agendas en Salud Pública, con las configuraciones desde lo macro social, incluido lo macroeconómico, que subsumen lo micro; además, es un llamado a los procesos sociales a la transformación de los modos de producción.

La teoría incluye el concepto de modo de vida ligado a la teoría de signos, significados y prácticas en salud. Con el concepto de modo de vida la teoría logra entender la expresión de

los procesos de producción, reproducción y consumo en la cotidianidad humana. La principal ventaja entorno a la noción de modo de vida es que permite tomar los conceptos de riesgo y factores de riesgo de la epidemiología clásica y brinda herramientas para su estudio desde lo social, es decir, con la noción de modo de vida se logra articular al nivel general con el nivel singular entendiendo la expresión de diferentes factores en la corporalidad humana.

“A questão fundamental da epidemiologia do modo de vida já pode ser claramente explicitada: trata-se de problematizar a incorporação de significado e sentido ao risco, seus fatores e seus efeitos. Isto implica abrir a epidemiologia ao estudo não só das situações de saúde, mas também das representações da saúde e suas determinações, no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida, através do conceito particular de “práticas de saúde””.¹⁹ (Almeida-Filho, 2004)

El concepto de modo de vida presenta de nuevo la manera como la teoría de determinación social de la salud se aleja de los conceptos biomédicos y de estilos de vida. En este caso, se está problematizando lo que la corriente hegemónica llamaría factores de riesgo y estilos de vida y a través del modo de vida explica cómo los procesos sociales afectan a los distintos grupos poblacionales con la expresión de signos, significados y prácticas en salud de forma diferencial.

Una característica a resaltar de la teoría de determinación social de la salud es que se ha conformado a través de diferentes procesos académicos a lo largo de Latinoamérica, de modo que, a diferencia de la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud, no ha tenido una influencia política de gobiernos capitalistas de los cuales dependen organizaciones como las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud.

¹⁹ Traducción propia: “El argumento fundamental de la epidemiología del modo de vida ya puede ser claramente explicado: se trata de cuestionar la incorporación del significado de riesgos y sentidos, sus factores y sus efectos. Esto implica abrir la epidemiología al estudio no sólo de las situaciones de salud, sino también de las representaciones de salud y sus determinaciones, en el mundo de la vida, en la cotidianidad, en los modos de vida, a través del concepto particular de “prácticas de salud”.”

“Cabe aclarar que la epidemiología crítica latinoamericana si bien se fraguó en escenarios académicos, tuvo siempre como fuelle y motivo de inspiración la lucha de nuestros pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de riqueza, y no las preocupaciones burocráticas de la llamada gobernanza. El carácter crítico de la propuesta se fundamenta en la vinculación con las luchas de los pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza y el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social imperante y el modo de civilización que lo reproduce, frente a la construcción de modos de vivir saludables. (Breilh, 2013)

Una dificultad de la teoría es que, al formular una teoría de carácter crítico y contrahegemónico, se puede llegar a dificultar la aplicación de la teoría al nivel macro social con miras a configurar el micro social ya que el mismo contexto social, político y económico puede ejercer resistencia a cambios estructurales que en algunos casos pueden de llegar a ser abolicionistas. Lo anterior obliga a la formulación de acciones con que desde lo micro social se configure lo macro social. Al actuar sobre lo micro social se tienen dificultades para lograr las transformaciones sociales necesarias para configurar la estructura social, de modo que se influya sobre el proceso salud-enfermedad.

Una de las ventajas de la teoría es que no da espacio a explicaciones biologicistas de las enfermedades. Abre la posibilidad a la formulación de intervenciones en salud desde lo social. La teoría enfoca la acción política a transformaciones de lo macro desde lo micro, se ve la influencia del trabajo "de base" comunitario y la lucha de clases. Las propuestas surgen de procesos socio-históricos locales hacia los procesos amplios estatales. La teoría deja ver como un sujeto es estructurado por, pero también tiene la capacidad de estructurar, se busca generar cambios de lo micro a lo macrosocial.

En síntesis, la teoría de determinación social de la salud tiene fortalezas como: 1) Es una teoría sólida conceptualmente, estructurada desde el marxismo, que logra alejarse del modelo biomédico y de estilos de vida y del modelo de determinantes sociales de las inequidades en salud, se consolida como una teoría contrahegemónica para el estudio de las sociedades y la salud. 2) Explica las relaciones del modo de producción capitalista y las injusticias del

capitalismo con el proceso salud-enfermedad. 3) La teoría presenta la noción de estructura social desde lo macro social a lo micro social en que lo micro, incluido lo biológico y psicológico de las personas, está subsumido y es determinado por la macroestructura y propone acciones en los diferentes niveles de la estructura social encaminadas a cambios estructurales. 4) Se ha formulado en espacios académicos lo que ha permitido poca influencia política en la caracterización de la teoría.

Las debilidades de la teoría, de manera paradójica, son esencialmente resultado de su principal fortaleza. La amplia influencia que tiene la teoría marxista en la teoría de determinación social de la salud hace que la acción en Salud Pública sea difícil de configurar e implementar por un contexto que hace ineludible la creación de políticas en sociedades inmersas dentro del modo de producción capitalista. Es importante resaltar que la teoría incluye en su conceptualización la importancia de partir de procesos locales en el micro nivel para lograr cambios estructurales. Las dinámicas propias de las luchas emancipatorias por las relaciones de poder se dan a largo plazo por lo que los resultados concretos estructurales que pueden surgir de la teoría llevan tiempo. Otra dificultad de la teoría es que, con la explicación basada en el sistema de producción, se queda corta para entender algunas dinámicas sociales en torno a inequidades como las de género, raza y etnia.

En el capítulo 5, se retomarán los análisis conceptuales de las dos teorías para ser aplicados al caso de la investigación en desnutrición infantil y determinar los alcances y limitaciones de las teorías para el estudio de la desnutrición.

CAPÍTULO 4: ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD PARA LA COMPRENSIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

En el siguiente capítulo se presentan los alcances y las limitaciones de la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud para la comprensión de la desnutrición infantil. En este sentido, se parte de presentar el concepto de desnutrición infantil, seguido de un breve recuento de las investigaciones en desnutrición infantil. Finalmente se realiza el análisis del caso de acuerdo a lo presentado en los capítulos 3 y 4 respecto a cada una de las teorías abordadas.

Es importante aclarar cuatro cosas, primero, que la presentación de las investigaciones realizada en este capítulo no pretende ser una revisión sistemática del tema, sino que la elección de los estudios tuvo el propósito de configurar el caso de tal manera que ilustrara de mejor manera los alcances y limitaciones de la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud. Segundo, tampoco se pretende realizar una presentación histórica de las investigaciones en desnutrición infantil, aunque se muestran algunas fechas que considero importantes en el desarrollo de las investigaciones, la presentación no pretende tener ni la metodología ni la rigurosidad de un documento histórico.

Tercero, en el análisis de los alcances y limitaciones de la DSS1 se harán comparaciones con la perspectiva biomédica y de estilos de vida por que, como se vio en el capítulo 3, la teoría tiene apuestas teóricas que superan la perspectiva biomédica y de estilos de vida. Finalmente, para poder establecer los alcances y las limitaciones de una teoría, se debe realizar una comparación con otra teoría. Para definir los alcances y las imitaciones de la DSS1 se compara con la DSS2 ya que el carácter crítico y contrahegemónico de la DSS2 da cuenta de otra forma de entender la salud y la enfermedad de modo que debela las fortalezas y debilidades de la teoría DSS1.

4.1 EL CASO DE LAS INVESTIGACIONES EN DESNUTRICION INFANTIL

Para la caracterización del caso de la desnutrición infantil se retomará el concepto biomédico de desnutrición infantil y sus mecanismos fisiopatológicos que tiene consecuencias en la salud.

El concepto de desnutrición para los investigadores biomédicos ha estado ligado desde un principio a un déficit alimentario en la población. En la primera mitad del siglo XX se realizó la clasificación de la desnutrición infantil en desnutrición tipo Marasmo, Kwashiorkor y mixta. La desnutrición infantil tipo Marasmo cursa con un déficit proteico calórico caracterizada principalmente por un bajo peso con emaciación (delgadez visible). La desnutrición tipo Kwashiorkor además del déficit proteico calórico presenta una ausencia severa de proteínas por lo que los niños cursan con edemas, emaciación y alteraciones en la piel. Los dos tipos de desnutrición cursan con alteraciones en la velocidad del crecimiento de los niños. (Dean, 1953; Oomen, 1953) El concepto de desnutrición ha sido asociado desde un inicio al déficit alimentario en hijos de personas en condiciones de pobreza, que tienen acceso a determinados alimentos fuentes de carbohidratos, pero con pobre aporte de proteínas y vitaminas. Las investigaciones biomédicas fueron evolucionando el concepto y el interés en el abordaje del problema de la desnutrición a medida que se fueron evidenciado problemas de salud asociados a tal condición. (Dean, 1953; Oomen, 1953; Pollack et al., 1982) Sin embargo es importante anotar que pese a ese vínculo entre desnutrición y asuntos poblacionales el enfoque era predominantemente biomédico.

La Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral como organismo líder en el estudio de la desnutrición, define la desnutrición infantil de la siguiente manera: “La desnutrición en pediatría es definida como un desequilibrio entre el requerimiento y la ingesta de nutrientes, lo que resulta en un déficit acumulativo de energía, proteínas o micronutrientes que puede

tener un efecto negativo en el crecimiento, desarrollo y otros resultados relevantes”²⁰ (Mehta et al., 2013)

En coherencia con lo anterior, el desequilibrio nutricional se ha estudiado desde un enfoque intermedio entre lo biomédico y lo social. Desde ese punto de vista la DNI tiene dos etiologías; la primera, secundaria a enfermedades agudas o crónicas como por ejemplo Fibrosis Quística, enfermedades renales, malignidades, enfermedades gastrointestinales, quemaduras, cirugías o enfermedades neuromusculares, que inducen a pérdida de nutrientes, aumento del gasto energético, disminución de la ingesta de alimentos, malabsorción intestinal o alteraciones en el uso de los nutrientes. (Mehta et al., 2013)

La segunda etiología se da principalmente en países de ingresos medios y bajos por factores medioambientales, socioeconómicos, políticos o comportamentales que privan a las personas de la ingesta adecuada de alimentos. (Dipasquale et al., 2020; Mehta et al., 2013) El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) lo expresa de la siguiente manera: “Un niño sufre desnutrición cuando no cuenta con alimento suficiente y adecuado para su supervivencia y para el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales. Es un concepto diferente de la malnutrición, que incluye tanto la falta como el exceso de alimentos.” (UNICEF España, 2011)

El diagnóstico clínico de la desnutrición infantil se realiza de acuerdo a los valores de referencia que han sido estudiados y definidos por la OMS, de modo que la desnutrición en niños se puede clasificar en desnutrición aguda, crónica y global. Al comparar el peso según la talla se ve el estado nutricional agudo, si se compra la talla según la edad se califica el

²⁰ “In summary, pediatric malnutrition (undernutrition) is defined as an imbalance between nutrient requirement and intake, resulting in cumulative deficits of energy, protein, or micro nutrients that may negatively affect growth, development, and other relevant outcomes.” (Mehta et al., 2013)

estado nutricional crónico y al comprar el peso según la edad, el estado nutricional global. (UNICEF España, 2011; World Health Organization, 2009)

Las consecuencias biológicas de la mala ingesta de alimentos y la desnutrición infantil son amplias. El niño desnutrido tiene restricción en el crecimiento, pérdida de masa muscular, grasa y visceral, disminución de la tasa metabólica basal y del gasto energético, lo cual se explica por diferentes mecanismos metabólicos, hormonales y glucorreguladores. La ausencia de glucosa lleva a la activación de mecanismos reguladores como la glucogenólisis, la lipólisis con cetogénesis y la gluconeogénesis. De las proteínas musculares el cuerpo obtiene aminoácidos, ácido láctico y piruvato usados en vías metabólicas mitocondriales. Las hormonas que más se ven afectadas en el niño desnutrido son las tiroideas (principalmente la triyodotironina), la insulina y el factor de crecimiento similar a la insulina-1, de igual forma se eleva el cortisol. (Dipasquale et al., 2020) Todo lo anterior, importante en el metabolismo energético, crecimiento y desarrollo de los niños.

Por otra parte, se pueden generar afecciones del sistema inmune. En primera medida, la desnutrición lleva a atrofia del timo, ganglios linfáticos y las amígdalas. Se altera la diferenciación de los linfocitos TCD4 y TCD8, altera la vía del complemento, las reacciones de hipersensibilidad y el proceso de fagocitosis lo que conlleva a estados de inmunodeficiencia y predispone a la persona a infecciones. (Dipasquale et al., 2020)

Finalmente, el déficit de nutrientes en los niños puede llevar a daño en las neuronas, con pérdida de las sinapsis, daños en las dendritas y el proceso de mielinización lo que resulta en una disminución del tamaño de la corteza cerebral y disminución del crecimiento cerebral, de modo que se afectan las funciones cerebrales con déficit importantes en la función motora y de memoria. (Dipasquale et al., 2020)

Las investigaciones en torno a la desnutrición infantil

Durante el siglo XX y lo que ha corrido del XXI se han dado una serie de investigaciones en torno a la desnutrición infantil y su impacto en la vida de los menores y los posibles efectos a largo plazo que puede producir dicha condición. Para los fines de esta presentación definí

dos enfoques dentro de la investigación, el primero ligado a la teoría biomédica y de estilos de vida que ha marcado gran parte de la investigación en salud y sigue siendo hegemónico en la actualidad y el segundo ligado a las teorías sociales dentro de las que se pueden identificar la DSS1 y DSS2.

Respecto a las investigaciones ligadas al modelo biomédico y de estilos de vida definí 3 etapas de acuerdo a las características propias de las investigaciones. Antes de 1959, de 1960 a 1999 y del año 2000 a la actualidad.

Primera etapa - Las investigaciones antes de 1959. La investigación biomédica estaba dando sus pasos iniciales, por lo que la información se obtenía principalmente de observaciones clínicas que ligaban determinadas condiciones de salud con otras. Las primeras investigaciones biomédicas que se enfocaron en el problema de la desnutrición se dieron en el año 1919 en que estudios observacionales, encontraron que las restricciones dietéticas pueden influir de forma negativa en la vitalidad general y rendimiento cognitivo infantil. Para el año 1929 se realizaron estudios que buscaban aclarar las relaciones de desnutrición y rendimiento cognitivo. Pero solo hasta después de la Segunda Guerra Mundial, al poner atención los países llamados de primer mundo, sobre los países de bajos recursos, se iniciaron más estudios sobre desnutrición. (Fuentes de Roa & Labrador, 1985)

En la década de los años 50, se encontró la relación entre la desnutrición infantil y el funcionamiento psicológico en niños y se iniciaron estudios en América Latina. (Fuentes de Roa & Labrador, 1985) Por otro lado, con el auge de la investigación biomédica sobre enfermedades infecciosas y el sistema inmune se evidenció, mediante estudios de campo y estudios clínicos, la relación entre el estado nutricional y enfermedades infecciosas. (Fuentes de Roa & Labrador, 1985; Keusch, 2003)

Otro tipo de investigación que se ha dado desde la perspectiva biomédica, tiene que ver con el uso de modelos animales en busca de diferentes factores causales. En la década de los años 50 se llevaron a cabo estudios en que producían un déficit alimentario en animales para estudiar los cambios en el sistema inmune y ligarlo a la desnutrición en el ser humano. Cabe anotar que los modelos animales al ser en especies diferentes y ser planificados y controlados,

es decir, al definir las características exactas de la nutrición en el modelo animal, no lograban reproducir fielmente los cambios en el ser humano, sin embargo, brindaron importantes aportes a la investigación del momento sobre la relación de la DNI y el sistema inmune. (Keusch, 2003)

La segunda etapa de las investigaciones biomédicas en torno a la DNI la definí por los avances realizados desde los años 60 hasta el inicio del nuevo milenio, en que se dieron diferentes avances científicos que fueron posibles por los avances tecnológicos mundiales que dieron espacio a la investigación bioquímica, genética y de biología molecular, además de los estudios epidemiológicos, de modo que se profundizó en el estudio de las causas biológicas de la desnutrición. Varios de los hallazgos de la época son importantes en el momento tanto en el manejo clínico de la DNI como en la aplicación de algunas medidas de Salud Pública empleadas principalmente por países de ingresos medios y bajos.

Es así como en la década de los años 60 estudios observacionales encontraron una relación causal recíproca entre DNI y la presencia de enfermedades infecciosas, la DNI predispone a enfermedades infecciosas y a su vez las infecciones conllevan a DNI. Se vio que era necesario hacer intervenciones duales en nutrición e infecciones. No era suficiente controlar el estado nutricional sin pensar en infecciones porque la infección podía empeorar lo nutricional. (Keusch, 2003) A la fecha estos estudios han sido refinados, es decir, sigue vigente el interés de control dual nutricional e infeccioso en un contexto clínico (biomédico).

Por otro lado, también en los años 60, se producen investigaciones con enfoque multicausal sobre el desarrollo psicológico de los infantes, se evidencian cambios en los niños que sufren algún grado de déficit nutricional. Países como Colombia tienen especial interés en ese tipo de investigaciones, en 1968 se da inicio al “Proyecto de Investigación sobre DNT y Desarrollo Mental” del Instituto Nacional de Nutrición, Departamento de nutrición en asocio con la Universidad de Harvard. Los estudios iniciaron por un interés en aclarar la relación de DNT y el desarrollo mental con el fin de realizar intervenciones en torno al tema. (Fuentes de Roa & Labrador, 1985)

Entre la década del 70 y el año 2000, se presentaron múltiples investigaciones biomédicas que hacían uso de los avances tecnológicos de la época con lo que se amplió el conocimiento sobre aspectos biológicos micro. Se definen las rutas de acción del sistema inmune en las personas, con las proteínas del complemento o mediadores celulares como las interleuquinas y el factor de necrosis tumoral, la forma en que se diferencian las células de la defensa como los linfocitos T y B y la acción de las células de la fagocitosis. Sobre el conocimiento del sistema inmune se aumentó el estudio sobre sangre humana y modelos animales y evidenciaron la relación estrecha entre las vías metabólicas, el estado nutricional humano y el sistema inmune. (Keusch, 2003)

En la década de los 90, se evidenció el papel de algunos micronutrientes como la vitamina A, el hierro y zinc en la respuesta del ser humano a las infecciones. En modelos animales se encontró que el hierro y zinc son necesarios para la producción de metaloenzimas útiles para la síntesis de ácidos nucleicos y el proceso de replicación celular. Estudios de casos y controles encontraron que la suplementación con vitamina A a niños reducía la mortalidad en comparación con los no suplementados. En el momento hay múltiples programas en Salud Pública en países en desarrollo en que se suplementa vitamina A, hierro y zinc a niños sanos. También los micronutrientes hacen parte esencial del manejo clínico y ambulatorio de los niños con desnutrición. (Keusch, 2003)

La tercera etapa de la investigación biomédica en DNI se caracteriza por el uso de algunas variables que, si bien pueden ser vistas como sociales, su abordaje individual las hace pertenecer completamente al modelo biomédico y de estilos de vida. Además, durante lo corrido del siglo XXI se siguen realizando estudios basados en la secuenciación genética a espera de encontrar o aclarar mecanismos celulares e inmunológicos que se pueden ver afectados por la desnutrición para el control biomédico. (Keusch, 2003)

En esta etapa del estudio biomédico, se pueden resaltar investigaciones como la realizada por Victoria et al (2010) en la cual se tomaron datos de estudios que hicieron mediciones antropométricas a cada niño, es decir, el abordaje, aunque con muestras grandes, fue individual. Estos estudios fueron de 54 países de ingresos medios y bajos. Se encontró que

el crecimiento en niños respecto a las gráficas desarrolladas por la OMS era lento de 0 a 24 meses, pero de ahí en adelante se da un crecimiento estable, es decir, el retraso en talla (desnutrición crónica) tiene mayor impacto antes de los 2 años de edad. El estudio sugiere que las intervenciones en desnutrición debes estar dirigidas principalmente a niños y madres en los 1000 primeros días de vida (periodo comprendido desde la gestación a los 2 años de edad). De estudios como el anterior se han desarrollado programas en Salud Pública en países de ingresos medios y bajos en busca del control del retraso en talla de los niños. (Schneider, 2017)

Por otra parte, en lo que va corrido del siglo, se han desarrollado diferentes estudios que, si bien incluyen variables sociales, no se adscriben a la teoría DSS1 ni a la DSS2. Se ha notificado la relación causal recíproca entre la DNI y la pobreza. Como se explicó anteriormente la DNI predispone a problemas cognitivos y mala escolaridad. La escolaridad y cognición se relacionan de forma directamente proporcional con los ingresos en la edad adulta por lo que el niño desnutrido en la edad adulta tiene una mayor probabilidad de ser pobre. (Schneider, 2017)

El estudio de la DNI desde la DSS1 ha buscado ampliamente la caracterización de los determinantes sociales de la salud. En diferentes países de América Latina, Asia y África se han desarrollado estudios en su mayoría observacionales, transversales o encuestas de prevalencia que evalúan el estado nutricional de niños en diferentes edades y realizan comparaciones estadísticas con análisis multivariado en que se relacionan diferentes variables sociales con las antropométricas. Se ha encontrado relación de la desnutrición infantil con factores sociales como el ingreso económico de los países, el nivel de ingresos del hogar (hogares más pobres tienen mayor desnutrición) y asignación de recursos del hogar por género y orden de nacimiento. En el marco de estos estudios se siguen investigando factores relacionados con los estilos de vida como el tipo de comida que se le da al niño en edad temprana, la lactancia materna y prácticas de higiene como el lavado de manos. (Schneider, 2017)

Se han estudiado otros determinantes sociales y se ha evidenciado desnutrición aguda y crónica en niños pertenecientes a grupos étnicos minoritarios (Deshmukh et al., 2013), personas con vivienda en zona rural comparada con la vivienda urbana, donde también se resalta la relación con el saneamiento básico y el acceso a servicios de salud. Los estudios recomiendan hacer uso de sus hallazgos para la formulación de políticas públicas que incluyan la promoción de la nutrición infantil (Kismul et al., 2018; Vaivada et al., 2020)

Es importante anotar que la mayoría de los estudios encontrados se enfocan en la búsqueda de determinantes sociales, no de determinantes sociales de las inequidades en salud, de modo que no presentan datos estructurales que den cuenta del contexto socioeconómico y político de las regiones estudiadas. Los estudios se enfocan en mediciones de variables individuales que, si bien revelan datos de interés social, su intervención es de igual forma individual.

Sin embargo, pese a lo dicho anteriormente, sí se pueden encontrar estudios como el de Bangladesh en 2016, en que se buscó los determinantes sociales de las inequidades en desnutrición en niños. Tomaron datos secundarios de la encuesta nacional de salud y demografía de 2004 y 2014 y estudiaron las variables antropométricas, indicadores socioeconómicos y determinantes sociales de la salud. Dentro del grupo de determinantes estructurales de posición socioeconómica describieron los ingresos del hogar, condiciones socioeconómicas medidas con quintiles de riqueza, educación de los padres y empleo materno y determinantes intermedios como el consumo en el hogar (medido por la presencia de muebles y tecnología), materiales en la casa (piso, techo, paredes), acceso a saneamiento básico y propiedad de la casa y de tierra y uso del sistema de salud. (Huda et al., 2017)

El estudio encontró relación de la talla baja con determinantes intermedios como el acceso al sistema de salud, las características de la vivienda en tanto materiales y saneamiento básico y factores biológicos como la estatura de la madre y los intervalos cortos de nacimiento. Los intervalos de nacimiento son estudiados porque de un intervalo corto se deriva problemas como un menor tiempo de lactancia materna, problemas en la distribución de los alimentos y el cuidado en el hogar. Finalmente se establece que los determinantes intermedios son determinados por determinantes estructurales de posición socioeconómica como el estado de

riqueza del hogar, y la escolaridad materna y paterna. Recomiendan la formulación de políticas de salud de carácter multisectorial con estrategias intersectoriales que aborden los determinantes sociales de las inequidades con el objetivo de reducir las desigualdades en DNI y la salud en general. (Huda et al., 2017)

Es importante anotar que, si bien el estudio anterior se propuso encontrar los determinantes sociales de las inequidades en desnutrición, finalmente se quedó con aquellas variables que se podían medir a nivel individual como la posición socioeconómica y los determinantes sociales intermedios. Como se explicó en el capítulo 3, el estudio de las inequidades en salud desde la DSS1 implica el abordaje de los determinantes sociales estructurales de contexto socioeconómico y político, que son los que se miden en la estructura de la sociedad, los cuales no fueron abordados por el estudio.

Algunas investigaciones también han estudiado la desnutrición infantil con la teoría de determinación social de la salud. En la Universidad Andina Simón Bolívar en Ecuador se desarrolló un estudio que buscó analizar la malnutrición infantil en niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil CDI de la zona de Quitumbe desde la determinación social de la salud. Realizaron un estudio transversal con entrevistas, observaciones, encuestas y evaluación clínica con enfoque en DSS2. (Sandoval Illescas, 2019)

El estudio tomó datos de los dominios General, Particular y Singular en el orden político, económico y cultural de cada dominio, encontrando tanto procesos protectores como procesos destructivos. Recordemos que en el capítulo 4 expusimos que de la reproducción social se pueden ser procesos protectores o procesos dañinos propios de cada grupo social, los cuales al interactuar finalmente generan un perfil epidemiológico de clase. Utilizando la categoría de modos de vida, los resultados presentan dichos modos de vida según la vulnerabilidad del barrio, teniendo en cuenta la responsabilidad económica, ingresos mensuales, dinero para alimentos, clase social, grupo ocupacional, fuentes de ingresos, conocimientos sobre la nutrición infantil, costumbres de vida, hábitos alimenticios, almacenamiento de alimentos, entre otros. (Sandoval Illescas, 2019)

El estudio presenta un análisis amplio del contexto social en que se encuentran los niños de los CDI y evidencia cambios entre barrios de vivienda y las condiciones de vida que tienen de acuerdo al relacionamiento y las interacciones sociales en los diferentes dominios. Finalmente sostiene que las condiciones biológicas están subsumidas en las realidades históricas y contextuales de cada zona. (Sandoval Illescas, 2019)

El estudio recomienda realizar acciones para mejorar la salud nutricional de los niños en los CDI. Indican se debe superar a nivel individual la visión causalista de la enfermedad ya actuar sobre los diferentes grupos sociales que tiene injerencia en la nutrición de los niños. Recomiendan la formulación de espacios de salud nutricional que superen la lógica capitalista y del mercado de alimentos en donde se vean comprometidos, los CDI, las familias y el estado y finalmente reforzar los procesos protectores encontrados y capacitar a los grupos académicos de los CDI sobre los hallazgos de la investigación. (Sandoval Illescas, 2019)

Para continuar en la presentación de aquellos estudios que permiten comprender el caso de la DNI desde la DSS2, es importante tener en cuenta que en muchos estudios que utilizan esta teoría se toma en serio lo planteado por esta en que la estructura social (lo macrosocial) subsume a lo micro social. Por lo anterior, las investigaciones no hacen énfasis a un problema específico de salud como la desnutrición, sino que se enfoca en procesos más amplios relacionados con la alimentación en la que se subsumen problemas como la malnutrición.

En el año 2021, una tesis doctoral de la Universidad Andina Simón Bolívar de Quito (Ecuador) buscó establecer “¿Cómo los procesos de determinación social inherentes a mecanismos de subsunción real en el régimen alimentario corporativo configuran el consumo alimentario en un espacio urbano y vulneran la dieta de hogares de distintas clases sociales?” La unidad de análisis del estudio fue los hogares de diferentes clases sociales durante el periodo que ellos denominaron “régimen alimentario corporativo” comprendido desde 1980 a la fecha. Realizaron una matriz de procesos críticos en las dimensiones general, particular y singular. Los procesos críticos en la dimensión general fueron: “1) la concentración del poder oligopólico en el régimen alimentario corporativo, 2) movimiento norte-sur de convergencia en los patrones de consumo alimentario, 3) subsunción real de consumo por

producción del espacio urbano, 4) subsunción real de consumo por producción semiótica en la publicidad de alimentos”. Los procesos críticos en la dimensión particular fueron: “1) modificaciones en los patrones de consumo alimentario diferenciados por grupo social, 2) competencia asimétrica en la oferta de alimentos, relaciones de poder e inequidad en el mercado urbano de alimentos”. Finalmente, los procesos críticos en la dimensión singular fueron “1) modificaciones en los estilos familiares de alimentación en los hogares, 2) tensiones en la alimentación de niños, niñas y adolescentes.” A cada proceso crítico se le identificó un *Embodiment*²¹, y unos nodos analíticos para cada dimensión. (Izurieta Guevara & Breilh, 2021)

La información la obtuvieron de diferentes fuentes entre ellas un análisis documental, datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR) de 2004 y 2011 y de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 y 2018. Análisis crítico de discurso sobre anuncios publicados en una revista entre 1980 y 2020 y realizaron entrevistas en que exploraron datos del responsable de la alimentación del hogar, el abastecimiento de alimentos en el hogar, consumo de alimentos teniendo en cuenta marcas y origen, estrategias de alimentación durante la pandemia de Covid-19, dinámicas familiares de transformación y consumo de alimentos dentro del Hogar, consumos de alimentos fuera del hogar y modos y estilos de vida relacionados con el consumo de alimentos. (Izurieta Guevara & Breilh, 2021)

Durante el desarrollo del estudio presentan cómo el nivel general subsume a los niveles particular y singular de modo que se determina desde lo estructural los modos de alimentación de los hogares de forma diferencial por clase social. El estudio presenta cómo desde el mercado global de alimentos, los monopolios y oligopolios controlan la producción de pesticidas y semillas necesarias para cultivos y la crianza y procesamiento de carnes o la

²¹ Es importante aclarar que el concepto de Embodiment no se encontraba inicialmente en la teoría DSS2. El concepto trabajado por Nancy Krieger ha sido usado por Breilh, 2021 para dar un sentido concreto de los procesos sociales hacia la corporalidad humana. El concepto se maneja en el dominio individual y propone el mecanismo en que se incorpora lo colectivo en lo biológico. El Embodiment relaciona mediante el concepto de subsunción los dominios general y particular con el individual, es decir los embodiments son el mecanismo final que explica la relación de lo social con lo biológico en el proceso salud enfermedad. (Breilh, 2021)

producción de alimentos y bebidas procesadas inducen a cambios en los patrones de consumo de alimentos malsanos los cuales llevan a malos resultados en la salud de las personas. (Izurieta Guevara & Breilh, 2021)

Las recomendaciones en salud que surgen del estudio son en el nivel general una política alimentaria que promocioe las buenas conductas alimentarias teniendo en cuenta la sustentabilidad y economía solidaria, además de la prevención del consumo de alimentos nocivos industrializados con el control sobre la industria de alimentos. En el nivel particular proponen la formulación de programas que promuevan el consumo adecuado de alimentos en los espacios domésticos, laboral, educativos con prevención de la presencia de alimentos ultra procesados en los diferentes espacios y educación crítica en alimentación. En el nivel individual, se enfoca en la promoción de estilos de vida saludables acordes con la gastronomía propia de cada región de Ecuador, sin el uso de alimentos procesados y con promoción de la formulación de espacios agroecológicos enfocados en la producción y autoconsumo de alimentos. (Izurieta Guevara & Breilh, 2021)

En Colombia, la universidad Javeriana de Cali realizó una investigación que buscó comprender la cultura alimentaria en niños de básica primaria de 2 instituciones educativas de la ciudad. Realizaron un estudio a través de los dominios general (Estructura estatal, contexto internacional y modelo de mercado), particular (Procesos sociales o grupales, modos de vida), singular (patrones familiares y personales de comportamiento o consumo de alimentos). Usaron una metodología cualitativa con enfoque en determinación social de la salud en que incluyeron estudiantes, docentes, encargados de la tienda escolar, padres de familia y expertos en política y cultura alimentaria. (Hurtado & Garcés, 2018)

Los resultados los presentan con un análisis en la política de seguridad alimentaria de la ciudad, el tipo de alimentos que se da a los niños en los colegios que es permeado por la industria de alimentos y la diferencia de acceso a alimentos saludables de forma diferencial entre los niños del colegio público con el privado teniendo en cuenta el contexto económico de las familias y los cambios discursivos secundarios a la influencia de la industria alimentaria en las poblaciones asociadas con las vulnerabilidades propias. El estudio

demuestra los cambios en la cultura alimentaria en personas de una misma ciudad con nivel económico distinto y relacionamiento diferente en los dominios singular, particular y singular (Procesos de determinación social de la cultura alimentaria). (Hurtado & Garcés, 2018)

El estudio a manera de recomendaciones hace hincapié en la alimentación como un derecho universal en que debe haber una promoción de los buenos hábitos alimenticios teniendo en cuenta las diferencias culturales que hay en cada región de Colombia. Indica debe haber un fortalecimiento y cooperación entre actores responsables de la cadena alimentaria, además de una regulación sobre la industria alimentaria de modo que se promueva la soberanía alimentaria y las prácticas de cultivo y autoconsumo locales. (Hurtado & Garcés, 2018)

En Colombia, se realizó un estudio en la región de Urabá cuyo objetivo fue “evaluar las condiciones de vida familiares y el estado nutricional y el desarrollo infantil de preescolares de Urabá y explicar los hallazgos según la determinación social de la salud-enfermedad de la Epidemiología Crítica”. Realizaron una investigación de tipo descriptiva, prospectiva y transversal, en que a la población muestra se le aplicaron 8 encuestas para evaluar condiciones de vida y se realizó una evaluación antropométrica a los niños. Las encuestas evaluaron variables como: ingresos mensuales en padre, madre, otras personas, familias que reciben donaciones, egresos familiares, presencia y tipo de comida, características de la vivienda, agua, alcantarillado, combustible para cocinar, tamaño de la vivienda, número de familias en cada vivienda, número de cuartos, baños, materiales techo, piso y paredes. Agua, alcantarillado, letrina, tipo de alumbrado, basuras. (Carmona-Fonseca & Correa-Botero, 2014)

El estudio encontró niños en su mayoría con estado nutricional agudo normal y crónico en riesgo de talla baja según la edad y alteraciones en la motricidad fina y del lenguaje con una adecuada motricidad gruesa y desarrollo social y personal normal. Evidenciaron además diferencias en los hogares según nivel de ingresos y su origen (padres o madres), presencia de alimentos, gastos mensuales familiares, presencia o no de tierra propia para cultivar (lo que posibilita el autoconsumo), finalmente características de la vivienda (materiales y presencia de servicios básicos). (Carmona-Fonseca & Correa-Botero, 2014) En el estudio se

hace un intento de realizar un análisis de los hallazgos retomando la teoría crítica latinoamericana sobre las variables singulares y particulares incluidas en la investigación, pero cabe a notar que la metodología empleada es sobre mediciones de variables individuales clásica de las investigaciones biomédicas y no cumple con una metodología de la teoría DSS2 por lo que el análisis desde la determinación social no es fiable.

4.2 ALCANCES Y LIMITACIONES

En la primera parte del caso de las investigaciones en desnutrición infantil se presentó la investigación biomédica y de estilos de vida. Como se dijo anteriormente, esa forma de investigación se sigue aplicando hasta la fecha siendo hegemónica junto con la investigación basada en la teoría DSS1. El uso del modelo biomédico y de estilos de vida para el estudio de la DNI ha sido importante para caracterizar las causas secundarias de la Desnutrición Infantil -enfermedades- y la magnitud del problema de la DNI (ver Dipasquale et al., 2020; Mehta et al., 2013, página 85) y con el uso de metodologías que hacen transición de lo biomédico a lo social, se ha evidenciado que la principal causa de la DNI es primaria -el hambre-. Adicionalmente los estudios han permitido avances en el conocimiento de la desnutrición para el abordaje individual de la enfermedad como las relaciones con el sistema inmune y el desarrollo de enfermedades infecciosas y los problemas neurológicos y del desarrollo.

Es importante anotar que el proceso de investigación biomédico sobre la desnutrición tiene una particularidad y es que parte de entender a la desnutrición como el resultado de un problema social que desde un principio era asociado a la pobreza por los problemas de acceso a determinados alimentos que tiene las personas con dicha condición, es decir, incluso desde la investigación biomédica se ha sido consciente de los aspectos sociales desencadenantes de la desnutrición, sin embargo, su estudio no fue dirigido hacia lo social si no a aspectos estrictamente biológicos para el manejo clínico de dicha condición y para la búsqueda de la asociación de la desnutrición con otras enfermedades. El estudio biomédico de la desnutrición tomó importancia a partir de la relación del estado nutricional con resultados en salud como la mortalidad infantil y las ya mencionadas enfermedades infecciosas y trastornos neurológicos y del desarrollo.

Por ser el hambre la principal causa de la desnutrición infantil, se requiere un abordaje social del problema por lo que el modelo biomédico y de estilos de vida se queda corto tanto en el estudio de la enfermedad como en la formulación de soluciones de base que logren reducir la desnutrición infantil.

Una de los principales alcances de la teoría DSS1 en el estudio de la desnutrición es que trata de superar los problemas del modelo biomédico y de estilos de vida. En DNI se encuentran múltiples estudios que encuentran algunos determinantes sociales que explican el desarrollo de la enfermedad en niños. El estudio en DNI con la DSS1 amplió el espectro de lo estrictamente biológico a un sentido más social, que, si bien permanece en el nivel individual, presenta unos determinantes sociales con los que se logra ampliar el abordaje del problema en salud. El estudio sobre la teoría DSS1 toma distancia de lo estrictamente biológico y por ende causal de la enfermedad y se acerca al estudio social de la DNI.

Como se dijo en el capítulo 3, el concepto de determinante social es planteado desde los mismos autores como un concepto ambiguo ya que puede hacer referencia a: (1) al determinante social de la salud (determinantes estructurales de posición socioeconómica y determinantes intermedios) y (2) al determinante social de las inequidades en salud (Determinantes estructurales de contexto socioeconómico y político). Recordemos que (2) para los autores se aborda en el nivel de la sociedad y que (1) es abordado desde el nivel individual incluso la posición socioeconómica a la que se le atribuye el mismo carácter estructural que a (1). Como veremos, esta ambigüedad en la noción de determinante social genera una confusión en la relación entre lo teórico y lo metodológico.

Vale la pena retomar la cita de Graham presentada antes para ilustrar dicha confusión de la relación entre lo teórico y lo metodológico:

“Graham observes that the concept of “social determinants of health” has acquired a dual meaning, referring both to the social factors promoting and undermining the health of individuals and populations and to the social processes underlying the unequal distribution of these factors between groups occupying unequal positions in society. The central concept of “social determinants” thus remains ambiguous, referring simultaneously to the

determinants of health and to the determinants of inequalities in health.”²² (Solar & Irwin, 2010)

En ese sentido, los estudios presentados anteriormente sobre la DNI desde la perspectiva de DSS1 se enfocan en la búsqueda de determinantes sociales que son estructurales de posición socioeconómica y determinantes sociales intermedios, es decir, se enfocan en la búsqueda de determinantes que pueden ser medidos de manera individual, de modo que se logra aportar a la investigación el estudio de unos determinantes sociales de la desnutrición, pero se queda corto a la hora de buscar las inequidades en salud que son expresadas por el contexto socioeconómico y político.

Cuando uno está enfrentado a un concepto ambiguo²³, no queda más opción que decidir a qué significado del concepto va a elegir. Si estamos ante un cambio de teoría (pero no en el sentido fuerte de Kuhn, porque en salud pública coexisten tres teorías), los científicos que pasan de una teoría a otra traducen los conceptos de la teoría nueva incluyendo el aparato conceptual de la teoría previa que están abandonando.(Kuhn, 1962/1970a)

Sin embargo, si la teoría es conceptualmente coherente y los significados de sus conceptos no son ambiguos, aumenta la posibilidad de que la interpretación de conceptos nuevos sea adecuada. Pero si hay problemas de ambigüedad, como es el caso de la DSS1, los conceptos ambiguos serán los que más posibilidad tengan de ser interpretados de manera inadecuada y, por tanto, su uso será inadecuado. (Sennet, 2021)

²² Traducción propia: “Graham observó que el concepto de “determinantes sociales de la salud” ha adquirido un significado dual, refiriéndose tanto a los factores sociales que promueven y determinan la salud de individuos y poblaciones y los procesos sociales que subyacen a la distribución desigual de estos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. El concepto central de “determinantes sociales” sigue siendo ambiguo, refiriéndose simultáneamente a los determinantes de la salud y a los determinantes de las inequidades en salud.”

²³ Es importante definir el concepto de ambiguo y diferenciarlo de vago. Vago: Con un concepto vago no se está seguro de qué es en absoluto, ni siquiera qué alternativas hay. Ambigüedad: cuando el significado de algo es ambiguo las alternativas pueden ser hechas de manera muy clara, aunque puede permanecer la dificultad para decidir cuál elegir. En la ambigüedad específicas y distintas interpretaciones son permitidas, mientras con información vaga es difícil interpretar.(Sennet, 2021)

Desde la década de 2000 cuando comenzó a utilizarse la DSS1, algunos investigadores pasaron de la perspectiva biomédica y de estilos de vida a la DSS1. Sin embargo, la ambigüedad del concepto de determinante estructural terminó llevando a estos científicos a no interpretarlo en el sentido de posición socioeconómica como expresión de lo estructural, sino como conjuntos de variables sociodemográficas, es decir, interpretaron el concepto cargándolo del sentido de la teoría biomédica y de estilos de vida y no desde la DSS1.

Es importante anotar que parte de la ambigüedad está no solo en la conceptualización de la posición socioeconómica y del contexto socioeconómico y político, sino también en la relación entre estos dos conceptos, porque en algunas ocasiones los teóricos de la DSS1 significan la posición socioeconómica como aquellas variables que son individuales y que sirven de variables proxy de nivel individual con respecto a lo estructural, es decir, como variables que aunque no abordan directamente lo estructural si pretenden indicar esto estructural de manera indirecta. En otras ocasiones aluden a la posición socioeconómica como consecuencia en los individuos de lo estructural. En otras palabras, la relación entre los dos conceptos (posición socioeconómica y contexto socioeconómico y político) se da o en términos de proxis o en términos de consecuencia.

Además, la DSS1 tiene contradicciones²⁴ entre los contenidos de la teoría. Por ejemplo, hay una contradicción entre la afirmación de que los determinantes sociales de inequidades son los estructurales y que tienen que ver con la forma en que la sociedad influye en las condiciones de vida de las personas, con otra afirmación que declara que son las variables individuales de posición socioeconómica las que determinan las condiciones de vida de las personas.

No obstante, parte del mal uso y la mala interpretación de la DSS1 no es completamente atribuible a la ambigüedad y a las contradicciones internas de la teoría, sino también a la forma en que algunos investigadores de la corriente biomédica y de estilos de vida abordan las teorías científicas. Esto es así, porque usualmente dichos investigadores tienen un

²⁴ Una teoría es incoherente al tener conceptos con contenidos contradictorios entre sí. (Baggini & Fosl, 2011)

abordaje positivista lógico de la interpretación de la teoría. Bajo esta corriente filosófica, la teoría se puede comprender exclusivamente en términos de una correspondencia uno a uno entre un concepto particular con su correspondiente variable.

Esto está indicando que los investigadores de la corriente biomédica y de estilos de vida pretenden que pueden comprender la teoría de forma fragmentada, concepto a concepto, es decir, cada concepto de manera aislada. Si se abordara la DSS1 como un todo, se evitaría que muchas de las apuestas con respecto a la influencia de la estructura social en las inequidades fueran realizadas de manera inadecuada, porque la interpretación del concepto de posición socioeconómica no se separaría del significado del resto de los conceptos de la teoría. Esta característica de las teorías como una totalidad se ha abordado desde un enfoque denominado holismo semántico²⁵, propuesta por Quine 1951 (W. Quine, 1951) y retomado en parte por Kuhn (Kuhn, 1962)

Ahora bien, como las teorías tienen supuestos ontológicos, epistemológicos y políticos, su interpretación inadecuada puede tener consecuencias en la forma como se asumen dichas apuestas. En lo ontológico, el supuesto de la DSS1 es la concepción de que los determinantes estructurales son de la sociedad en sí misma. Cuando se interpreta lo estructural como meros atributos de posición socioeconómica de los individuos, se está afectando la apuesta ontológica.

En cuanto a lo epistemológico, hay que tener en cuenta que lo ontológico casi siempre tiene consecuencias epistemológicas. En particular, el supuesto epistemológico de la DSS1 es que accedemos al conocimiento de lo estructural a través de atributos de la sociedad y a través de atributos de los individuos, su posición social como expresión de la estructura social; además,

²⁵ El termino Holismo Semántico u Holismo de Significado “es aplicado generalmente a puntos de vista que tratan los significados de todas las palabras en el lenguaje como interdependientes.” El argumento Holista de Quine es que el supuesto de que cada frase del lenguaje está vinculada de manera unívoca con sus potenciales verificadores y falsificadores no es adecuado por que el significado de cada enunciado debe depender del lenguaje en su totalidad, en otras palabras, el significado de un enunciado depende del significado de los otros enunciados en un mismo lenguaje. (Jackman, 2020)

accedemos al conocimiento de los determinantes intermedios a través de mediciones individuales; y, finalmente, accedemos al conocimiento de las inequidades cuando hacemos comparaciones entre poblaciones. Una interpretación inadecuada de la teoría en términos de que accedemos al conocimiento de los determinantes sociales a través de variables únicamente individuales afectaría las apuestas epistemológicas.

Finalmente, en cuanto a lo político, los proponentes de la DSS1 le apuestan a que la disminución de las inequidades debe ser a través de cambios en los determinantes estructurales. Teniendo en cuenta que en los determinantes sociales estructurales del contexto socioeconómico y político incluyen aspectos como las políticas sociales, la cultura, los valores, la gobernanza, entre otros, las intervenciones en salud pública tendrán una naturaleza inherentemente política (aunque con las limitaciones antes anotadas). Los que interpretan la DSS1 desde una perspectiva individual están inmediatamente afectando el alcance político de la teoría.

Para el caso de los estudios sobre DNI bajo la perspectiva de DSS2, la teoría se enfoca en el estudio del proceso salud enfermedad que es socialmente determinado de forma histórica y dialéctica del nivel general al nivel singular. Los estudios de Sandoval,2019; Guevara y Breilh, 2021 y Hurtado,2018, dan cuenta de forma comprehensiva tanto metodológicamente como con los resultados obtenidos y el consecuente análisis, de la forma cómo el nivel micro social está subsumido en el macrosocial y muestran cómo, si bien los resultados en salud se pueden medir en el nivel individual, logran superar la explicación causal de la enfermedad y trascienden a explicar la enfermedad como un problema socialmente determinado.

En este punto es importante anotar que los resultados obtenidos con las teorías son dependientes de la aplicación dada por los científicos. Una teoría bien diseñada puede ser bien o mal aplicada por los científicos. De la misma manera, una teoría que tenga problemas en su coherencia interna, aunque fuese bien aplicada, ocasionará problemas en su metodología, validez de los resultados y sus conclusiones. La teoría DSS1 presenta los dos problemas. Por una parte, existen dificultades internas en la teoría que complican la búsqueda de metodologías que abarquen el estudio de los determinantes estructurales en el contexto

socioeconómico y político y, por otra parte, no hay un compromiso de los investigadores en el estudio macrosocial de la enfermedad.

Ampliando lo mencionado en el párrafo anterior, recordemos que en el capítulo 3 se criticó la perspectiva atórica e instrumental de la teoría DSS1. De igual forma, se problematizó la ambigüedad de la noción de determinantes estructurales y su relación con las inequidades en salud. Lo anterior, evidencia una dificultad interna de la teoría DSS1 que limita el desarrollo de las investigaciones en DNI. El estudio de Huda y colaboradores (2017), entre muchos otros, y que se mencionó anteriormente, ilustra muy bien esta dificultad; pese a que los autores plantearon que su propósito era buscar inequidades en desnutrición, finalmente, terminan abordando el problema desde una perspectiva individual sin considerar el contexto socioeconómico y político.

Para el caso de la DSS2, con las investigaciones en DNI es posible ver una coherencia en el diseño metodológico y la aplicación de los estudios con lo propuesto por la teoría. Como ya se dijo, los estudios cumplen con la explicación macrosocial e histórica que propone la determinación social de la salud y evidencian la forma cómo los niveles particular y singular están subsumidos en el nivel general de modo que secundario a factores macrosociales se tienen diferentes resultados individuales.

Sin embargo, se pueden encontrar casos como la investigación de Carmona y Correa, 2014 que como se dijo en el apartado anterior, tiene una propuesta de investigación de DNI desde la teoría DSS2, pero tiene un desarrollo metodológico que se acoge a algunas de las características de la DSS1. Metodológicamente el estudio realiza mediciones de diferentes variables a nivel individual sin el estudio histórico ni el análisis en el nivel general que exige la teoría DSS2, por lo que se queda corto en la explicación sociohistórica del fenómeno de la DNI. Los investigadores tratan de hacer una transición de un modo de investigación a otra, pero sin alejarse completamente de la teoría DSS1. Recordemos que las teorías son usadas para que de forma empírica se logre dar cuenta del mundo real. Al hacer uso de una teoría de forma metodológica y otra teoría de forma analítica, la relación de los resultados con el mundo real es inadecuada.

Dentro de las investigaciones seleccionadas sobre la teoría DSS2, una debilidad que se encuentra es que en su proceso investigativo hacen uso de datos secundarios de trabajos como encuestas nacionales de prevalencia. Estos datos secundarios muchas veces se han recolectado bajo investigaciones fundamentadas por otras teorías por ejemplo la DSS1. En este sentido, algunos investigadores de la DSS2 para poder usar datos secundarios que potencialmente están recogidos bajo otra teoría, terminan interpretando dichos datos a la luz de su propia teoría. Esto es particularmente problemático para las investigaciones realizadas bajo la DSS2 porque la complejidad de dicha teoría es mucho mayor que la de DSS1 y los datos pueden no dar cuenta de la teoría en toda su complejidad.

Sin embargo, la teoría DSS2 permite el uso de datos ajenos a su propia teoría, pero dentro de un contexto, enfoque y análisis propio, de modo que logra conclusiones acordes con la teoría. En este sentido, es importante por una parte, ver que los investigadores reconocen la utilidad de algunos datos que son tomados desde otras perspectivas que incluso pueden ser reduccionistas.

Por otra parte, la fortaleza conceptual de la teoría permite el uso adecuado de datos ajenos para lograr la explicación del proceso salud enfermedad. Esto es así porque los investigadores de la DSS2 no utilizan la teoría de manera fragmentada, sino como dijimos antes, la misma formulación de esta teoría tiene un carácter holista que permite que, aunque se retome la operacionalización de un concepto desde una perspectiva teórica diferente, el significado del concepto y la interpretación de las mediciones bajo ese concepto quedan inmediatamente subsumidas dentro de toda la teoría (holismo semántico).

La aplicación de la DSS2 tiene tres ventajas respecto a la DSS1. La primera, es que la coherencia conceptual de la teoría permite que esta no sea tan susceptible a una aplicación fragmentada. La segunda ventaja, es que los estudios que se han realizado aplicando la DSS2 se han llevado a cabo por investigadores estudiosos de la teoría o incluso por los mismos proponentes de esta, en otras palabras, un conocimiento profundo de la perspectiva teórica posibilita una aplicación coherente de la teoría. La tercera ventaja, es que los investigadores están comprometidos con la teoría. El compromiso se da de dos formas; la primera forma se

deriva de la segunda ventaja por ser los investigadores estudiosos de la teoría lo que asegura desarrollarla metodológicamente de maneja más coherente. la segunda forma en la que se da dicho compromiso es que los investigadores tienen un vínculo político fuerte que se ve reflejado desde la comprensión misma de los fenómenos sociales hasta la transformación de la estructura social y los problemas secundarios al capitalismo.

Lo anterior contrasta con los investigadores de la DSS1 que tienen una perspectiva instrumental del uso de las teorías. El instrumentalismo en el uso de las teorías se refiere a que algunos investigadores piensan que las teorías se usan para interpretar unos datos específicos pero que la teoría no necesariamente se corresponde con el mundo real. El instrumentalismo en el caso de la investigación con DSS1 se evidencia en el tipo de recomendaciones que se dan ya que corresponden a recomendaciones más cercanas a una perspectiva biomédica y de estilos de vida que a recomendaciones interesada en lo social. El uso de la teoría DSS1 y las recomendaciones que se generan de sus investigaciones se pueden dar ya que por ser una teoría apolítica y ahistórica puede ser utilizada como una herramienta heurística y no como una forma de ver la realidad.(Chakravartty, 2017)

Otra limitación de la teoría DSS1 es que la formulación de recomendaciones en Salud Pública originadas por investigaciones que la utilizan es superficial ya que las investigaciones abordan supuestamente determinantes sociales de las inequidades en salud, sin embargo, en el fondo no consideran la estructura social y su carácter histórico y político. Además, son restringidas porque al terminar abordando los determinantes sociales intermedios en el nivel individual finalmente se enfocan en enfermedades y poblaciones específicas y generan recomendaciones de igual manera específicas e individuales. La ausencia de una metodología para abordar el contexto socioeconómico y político hace más difícil generar intervenciones que no sean limitadas.

En contraste con lo anterior, los estudios encontrados con el uso de la teoría DSS2 por su abordaje del problema en los niveles general, particular y singular, dan recomendaciones de política para configurar los patrones de alimentación y conductas individuales desde diferentes acciones en los 3 niveles de la estructura social. Hace énfasis en los problemas que

se generan desde la organización social capitalista e induce a cambios desde la política macroeconómica hasta los niveles individuales, para lograr la configuración de los procesos a nivel local.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

El interés del presente estudio fue encontrar los alcances y las limitaciones de la teoría de determinantes sociales de las inequidades en salud para la comprensión de la desnutrición infantil, en otras palabras, entender qué tanto la DSS1 permite comprender a la DNI. En estas conclusiones mostraré los alcances y las limitaciones de la teoría retomando la configuración interna de la teoría, el uso que los investigadores le han dado a la teoría en el estudio de la DNI y las recomendaciones en Salud Pública que generan los estudios basados en la teoría.

Una fortaleza de la teoría DSS1 es que les permitió a los investigadores una opción teórica más allá de la corriente biomédica y de estilos de vida, da un paso en el cambio de la visión y la investigación en salud ya que toma distancia de una explicación meramente causal de la enfermedad y se acerca a lo social mediante el concepto de determinantes sociales. El concepto de determinante social y la distinción de los determinantes sociales estructurales y determinantes sociales intermedios permite investigaciones en salud que interpreten las inequidades desde la estructura de la sociedad. Además, con la teoría se encuentran mecanismos a través de los cuales desde lo macrosocial se influye sobre la posición socioeconómica y los determinantes sociales intermedios de manera que se explica la génesis de la enfermedad. Esto último es especialmente importante porque los salubristas y epidemiólogos de corte biomédico problematizaban la existencia de mecanismos que vinculasen lo social con lo biológico. Uno de los aportes de la DSS1, construida a partir de la teoría eco-social de Krieger, de la teoría psicosocial de Cassel y la teoría de producción social de la enfermedad de Diderichsen, la que fue acopiando evidencia teórica y experimental sobre cómo efectivamente lo social influye en lo biológico. Recuérdese el concepto de *Embodiment* de Krieger como uno de esos mecanismos.

Respecto al uso de la DSS1 hay una conclusión que es paradójica. Por una parte, la estructura de la DSS1 es relativamente sencilla de entender dado que es una teoría mas cercana a la base empírica con conceptos teórico que no son altamente abstractos como los de la DSS2. En otras palabras, recuérdese como se mostro en la aproximación teórica, hay teorías que están más cerca de la base empírica y sus conceptos son fácilmente operacionalizables en variables

que abordan el mundo real. Esto se puede ver en el concepto de posición socioeconómica que más que conceptualizado de manera abstracta, pone un listado de conceptos fácilmente operacionalizables²⁶ como ocupación, ingresos, educación, clase social, género y etnia. La teoría no se compromete con los determinantes estructurales de contexto socioeconómico y político porque no los conceptualiza con una teoría más abstracta a través de una teoría de lo social. (Arellano et al., 2008)

Esas teorías que están tan cerca del nivel empírico sirven para describir, pero no para comprender, en este caso las inequidades que es lo que supuestamente quiere abordar la DSS1. Entonces, un investigador puede describir en términos de esas variables que operacionalizan los conceptos cómo se dan las inequidades, pero no puede explicar por qué se dan o qué es lo que pasa en partes de la sociedad para que no se den dichas inequidades. Esta simplicidad de la teoría facilita su uso para los investigadores. Los conceptos principales que maneja la DSS1 son claros y pueden ser operacionalizados sin dificultad, esto es importante porque una teoría fácil de usar permite el abordaje de la investigación por muchos investigadores de forma que se dan aportes constantes al conocimiento, aunque los aportes terminan siendo más descriptivos que explicativos.

Ahora bien, la paradoja está en que esa simplicidad de la teoría y su falta de fundamentación en un nivel teórico más abstracto lleva a la ambigüedad antes anotada (“El concepto central de “determinantes sociales” sigue siendo ambiguo, refiriéndose simultáneamente a los determinantes de la salud y a los determinantes de las inequidades en salud.” (Solar & Irwin, 2010)).

Con respecto al tipo de intervenciones que surgen de las teorías, se pasó del estudio de enfermedades con sus factores causales biológicos y de comportamiento, a pensar en las inequidades en salud con lo que se amplió el espectro y el alcance de las intervenciones en Salud Pública hacia aspectos sociales que influyen en la salud de las personas. El concepto

²⁶ Sin embargo, hay que destacar que la facilidad de operacionalizar conceptos en una teoría no significa que dicha operacionalización sea la más adecuada. Esto es así porque en contra de lo que plantean los positivistas lógicos los conceptos de una teoría no se agotan completamente mediante su operacionalización.

de determinante social ha ampliado las agendas en Salud Pública del mundo ya que con las investigaciones se generan intervenciones en lo social más amplias respecto a las que se daban con el modelo biomédico de estilos de vida.

El concepto de DNI desde la investigación biomédica tiene la característica de ser entendido como una enfermedad, resultado en primera instancia de un imbalance entre aporte y gasto energético; y en segunda instancia, generado por problemas sociales como la pobreza. Sin embargo, el estudio “científico” de la DNI se centra en lo primero y no en lo segundo. La investigación biomédica tomó interés en la DNI con el objeto de corregir el estado nutricional y prevenir afecciones asociadas a la DNI a corto y mediano plazo como la infecciones y a largo plazo como problemas del desarrollo psicomotor e intelectual.

Con la teoría DSS1 se logró tomar distancia en la investigación en DNI porque la investigación con DSS1 sobrepasa las explicaciones causales de la DNI estrictamente biológicas y permitió comprender una serie de determinantes sociales que han sido importantes en la DNI. Las investigaciones tienen un foco en la explicación de la desnutrición desde los determinantes sociales, aunque como mencionamos antes, más que explicaciones se proveen descripciones. Sin embargo, no logran el abordaje del contexto socioeconómico y político de modo que no logran determinar las inequidades en salud. La misma base social de la DNI hace obligatorio el estudio integral de los fenómenos sociales que están involucrados en la desnutrición, desde los aspectos estructurales más amplios, tanto para la comprensión de la DNI como para la formulación de intervenciones en Salud Pública. Lo anterior se ha dado parcialmente por problemas internos de la DSS1 y por la aplicación de la teoría por parte de los investigadores.

A continuación, se presentan limitaciones y fortalezas de la investigación.

Si bien la teoría DSS1 tiene unos antecedentes teóricos que fueron tratados en el capítulo 3, el desarrollo particular de dichos antecedentes no necesariamente está atado con los alcances y las limitaciones propias de la teoría, es decir, el uso de teorías como la psicosocial, la ecosocial y la de producción social de la enfermedad tienen sus propios alcances y

limitaciones y valdría la pena el estudio particular de cada una de dichas teorías en trabajos futuros.

Una potencial limitación del presente estudio estaría en la elección de los textos relacionados con las investigaciones en desnutrición que utilizaban cada teoría. Es fundamental distinguir que una cosa es una revisión sistemática que pretende acopiar evidencia de investigaciones en un tema particular y que otra cosa es elegir los estudios que se constituyen como casos de investigación que ilustran aspectos teóricos de las teorías abordadas en esta investigación. En otras palabras, el objetivo de la elección de los artículos no fue el acopio de evidencia empírica sino el uso de los artículos como un caso para el análisis conceptual.

Una potencial limitación de esta investigación es el hecho de que el investigador tiene formación en Ciencias de la Salud y en Salud Pública y no tiene una formación formal en Ciencias Sociales. Esta es una potencial limitación porque tanto la teoría DSS1 como la DSS2 aluden a fenómenos sociales y a teorías sociales que si el investigador hubiera tenido en el proceso formativo podría abordar con mayor profundidad. Sin embargo, hay que tener en cuenta que una parte de la formación en Salud Pública incluye estos aspectos de lo social, y que además el investigador se documentó de manera adicional para enriquecer las teorías en tanto su vínculo con lo social.

Otra limitación del estudio es el abordaje sincrónico de las teorías, de modo que se tomaron las teorías como sistemas conceptuales consolidados y no se estudió la forma en que se llevaron a cabo las teorías, es decir, no se realizó un estudio en el tiempo de los conceptos de cada una de las teorías. Esto puede ser problemático porque deja por fuera del análisis la evolución conceptual de cada una de las teorías y el contexto sociopolítico de dichos cambios. Es importante, por lo tanto, complementar en futuras investigaciones el presente análisis conceptual teniendo un abordaje diacrónico de las teorías.

Una fortaleza de la presente investigación es su carácter teórico. Este tipo de investigación y el abordaje desde la filosofía de la ciencia permitieron un análisis a profundidad de la DSS1, lo que consideramos es algo original de este estudio, dado que este tipo de análisis no es común en las investigaciones en Salud Pública.

Otra fortaleza de esta investigación es que el análisis conceptual de las teorías se realizó con base a textos escritos directamente por los proponentes de las teorías, no fue una investigación sobre textos de segunda mano. Esto es importante por que al leer directamente a los proponentes de las teorías se evitan imprecisiones en el análisis que se podrían generar al leer y analizar lo interpretado por autores secundarios.

Esta investigación tuvo como aproximación teórica algunos desarrollos de la filosofía de la ciencia con respecto a las teorías científicas, en particular, que las teorías son conjuntos de modelos teóricos; esto se ve reflejado en tres aspectos durante el documento. Primero, en la caracterización de las teorías entendidas como modelos teóricos y con vínculos con el mundo real, es decir, entendiendo que la teoría pretende representar e interpretar un pedazo del mundo real (la teoría biomédica y de estilos de vida se enfoca en el estudio de la enfermedad, es decir, el pedazo del mundo real que quiere explicar son las enfermedades, la DSS1 pretende explicar las inequidades en salud y la DSS2 el proceso salud-enfermedad-cuidado). A qué parte del mundo real esté dirigida la teoría no es un asunto menor porque influye en la configuración de toda la teoría, es diferente estudiar un fenómeno muy particular como una enfermedad a estudiar las inequidades en salud o el proceso salud-enfermedad-cuidado.

En este punto es importante resaltar que en esta investigación y siguiendo algunas perspectivas de la filosofía de la ciencia, la noción de teoría como conjunto de modelos nos lleva a tener una perspectiva más amplia de lo que es una teoría, es por eso que no se discute por ejemplo si la DSS1 es un marco conceptual, es un modelo o es una teoría. Como se mencionó anteriormente obviamente las teorías como modelos están subsumidos en otras teorías, además las tres teorías involucradas en esta tesis tienen la característica de pretender representar pedazos concretos del mundo real y “a su interior” tienen conceptos que son los que conectan la teoría con el mundo real.

Segundo, en esta investigación se siguió la perspectiva del holismo semántico planteada por Quine en 1951 en varios de sus textos, incluido su artículo clásico denominado *Dos dogmas del empirismo*. Al respecto Quine menciona que “[...] es engañoso hablar del contenido empírico de un enunciado individual [...]” “Pero lo que ahora propongo es que incluso

tomando el enunciado como unidad tendríamos que hilar demasiado fino. La unidad de significado empírico es la ciencia en su totalidad”(V. O. Quine, 1951) . La idea fue que el análisis conceptual de las teorías no llevara a fragmentarlas y a que el significado de sus conceptos quedara atado por la teoría como un todo. Vimos, por ejemplo, que una ventaja de la DSS2 era su abordaje holista que la hacía menos vulnerable a que algunos de sus conceptos se separasen del significado de la teoría como un todo. Esto no se observó en la DSS1 que, como dijimos antes, desde su diseño mostraba una fragmentación teórica.

Tercero, el análisis conceptual como herramienta de la filosofía de la ciencia permite un abordaje sistemático de las teorías para lograr su análisis completo. Vale la pena anotar que el análisis conceptual no es un análisis de contenido usualmente utilizado en investigaciones cualitativas. El análisis conceptual permitió evidenciar la coherencia interna de las teorías y con esto dilucidamos qué tanto la teoría cumple con lo que promete. Por ejemplo, la DSS1 promete entender las inequidades en salud, pero ya se ha explicado que no cumple con dicha promesa. En consecuencia con lo anterior, el análisis conceptual nos permitió comprender la relación de la teoría con el mundo real, es decir, cómo la teoría se aplica al mundo real en las investigaciones en DNI.

El presente trabajo tiene algunas consecuencias en Salud Pública, primero, por los problemas evidenciados en la DSS1, los hallazgos de las investigaciones basadas en dicha teoría pueden estar distorsionados y no están interpretando adecuadamente el mundo real, de modo que se importante renovar teóricamente a la Salud Pública y a las investigaciones en Salud Pública. A nuestro juicio, hacer cambios sobre la DSS1 no solucionaría los problemas evidenciados en la teoría. Segundo y en consecuencia de lo anterior la DSS2 podría ser una buena opción para abordar las investigaciones sobre los problemas de interés en Salud pública. En el momento hay pocas investigaciones que han usado la teoría DSS2, por lo que sería importante ampliar las investigaciones que usan dicha teoría para evidenciar el alcance real de las recomendaciones que generan en Salud Pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, N. & Silva Paim, J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamerica. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75, 1–24.
- Almeida-Filho, N. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 865–884.
- Álvarez Castaño, L. S. & Pérez Isaza, E. J. (2013). Situación alimentaria y nutricional en Colombia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. *Perspectivas En Nutrición Humana*, 15(2), 203–214.
- Alvarez Ortega, L. G. (2019). Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. *Rev. Inv. Val*, 13(1), 15–26.
- Arellano, O. L., Escudero, J. J. C., Moreno, L., Luz, Y. & Carmona, D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323–335.
- Baggini, J. & Fosl, P. S. (2011). *The Philosopher's Toolkit: A Compendium of Philosophical Concepts and Methods* (Second).
- Barrera Dussán, N., Fierro parra, E. P., Puentes Fierro, L. Y. & Ramos Castañeda, J. A. (2018). Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia , 2017. *Univ. Salud*, 20(3), 236–246.
- Beal, T., Tumilowicz, A., Sutrisna, A., Izwardy, D. & Neufeld, L. M. (2018). A review of child stunting determinants in Indonesia. *Maternal and Child Nutrition*, 14(4), 1–10.

- Benjumea, M. V., Parra, J. H. & Jaramillo, J. F. (2017). Cómo intervenir y prevenir el retraso del crecimiento en niños menores de cinco años de hogares incluidos en el Sisbén de Caldas. *Biomédica*, 37(4), 526–537.
- Bibeau, G. & Corin, E. (1994). Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. In P Charest, F Trudel & Y Breton (Eds.), *Marc-Adéland Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise* (pp. 98–106). Presses de L Université Laval.
- Borde, E. & Hernández, M. (2019). Una aproximación a la determinación social de la violencia urbana en ciudades latinoamericanas : lecturas desde Río de Janeiro y Bogotá. *Medicina Social*, 12(1), 36–47.
- Borrell, C., Vives-Cases, C., Domínguez-Berjón, M. F. & Álvarez-Dardet, C. (2015). Las desigualdades de género en la ciencia: Gaceta Sanitaria da un paso adelante. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 161–163.
- Breilh, J. (1991). La epidemiología crítica latinoamericana: análisis general del estado del arte, los debates y desafíos actuales. In Saul Franco, E. Nunes, J. Breilh & A. C. Laurell (Eds.), *Debates en medicina social. OPS/ALAMES, Ecuador. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos n. 92)* (1st ed., pp. 164–214). OPS-ALAMES.
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In R. Passos Nogueira (Ed.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 87–125). Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- Breilh, J. (2013). El debate determinantes-determinación: aportes del análisis teórico, epistemológico y político. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rer. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 13–27.

- Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health* (Vol. 1). Oxford University press.
- Breilh, J., Campaña, A. & Granda, E. (1991). Os novos rumos da epidemiologia. In S. Argüello, J. Breilh, A. Campaña, W. Freire, E. Granda, C. Rermida, P. Naranjo & M. Rivadeneira (Eds.), *Geografía de la Salud en el Ecuador: Vol. II* (1st ed., pp. 91–110). Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica.
- Bullón C, L. & Astete R, L. (2016). Determinantes de la desnutrición crónica de los menores de tres años en las regiones del Perú: Sub-análisis de la encuesta ENDES 2000. *Anales Científicos*, 77(2), 249–259.
- Bunge, M. (2012). Los sistemas. In *Tratado de Filosofía Ontología II: Un mundo de sistemas* (1st ed., Vol. 4, pp. 25–43).
- Carmona Fonseca, J. & Botero Correa, A. M. (2013). La determinación social de la salud-enfermedad: el caso de los parásitos intestinales y la desnutrición en niños y familias en Urabá, Colombia. *Medicina Social*, 8(1), 73–84.
- Carmona-Fonseca, J. & Correa-Botero, A. (2014). Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 40–51.
- Chakravartty, A. (2017). Scientific Realism. In Edward N Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2017). Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Cordero, A. (2013). Theory-Parts for Scientific Realists. In V. Karakostas & D. Dieks (Eds.), *EPSA11 Perspectives and Foundational Problems in Philosophy of Science* (Vol. 2, pp. 153–165). Springer International Publishing.
- Darteh, E. K. M., Acquah, E. & Kumi-Kyereme, A. (2014). Correlates of stunting among children in Ghana. *BMC Public Health*, 14(504), 1–7.

- Dean, R. (1953). Treatment and prevention of Kwashiorkor. *Bull. Org. Mond. Santé*, 9, 767–783.
- Deshmukh, P. R., Sinha, N. & Dongre, A. R. (2013). Social determinants of stunting in rural area of Wardha, Central India. *Medical Journal Armed Forces India*, 69, 213–217.
- Díez, J. A. & Moulines, Ulises. (1999). *Fundamentos de Filosofía de la Ciencia*. Editorial: Ariel S.A.
- Dipasquale, V., Cucinotta, U. & Romano, C. (2020). Acute malnutrition in children: Pathophysiology, clinical effects and treatment. In *Nutrients* (Vol. 12, Issue 8, pp. 1–9). MDPI AG.
- Fuentes de Roa, L. & Labrador, L. (1985). Algunos resultados de la investigación sobre desnutrición, estimulación y desarrollo mental. *Univ.HUM*, 14(23), 79–97.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W. & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7–12.
- Gómez Gutiérrez, O. L. (2013). *La explicación mecanística y el debate entre unicausalistas y multicausalistas en epidemiología* [Tesis de Maestría]. Universidad del Valle.
- Gómez Gutiérrez, O. L. (2018). *Una propuesta alternativa de explicación mecanicista en comparación con otros modelos de explicación desde la filosofía de la ciencia y la epidemiología: el caso de las explicaciones de las enfermedades cardiovasculares* [Tesis de Doctorado]. Universidad del Valle.
- González Guzmán, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4(2), 135–143.

- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124.
- Guerrero Pino, G. (2009). *Introducción a la Filosofía de la Ciencia* (Vol. 3).
- Henao Kaffure, L. & Hernández Álvarez, M. (2017). La pandemia de gripe de 1918: Un caso de subsunción de lo biológico en lo social. *Revista de Estudios Latinoamericanos. Nueva Época*, 6, 8–52.
- Htwe, K. M. (2020). Social determinants of undernutrition among under-5 children in rural areas of Myanmar: A narrative review. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 00(0), 1–7.
- Huda, T. M., Hayes, A., el Arifeen, S. & Dibley, M. J. (2017). Social determinants of inequalities in child undernutrition in Bangladesh: A decomposition analysis. *Maternal and Child Nutrition*, e12440, 1–12.
- Huicho, L., Huayanay-Espinoza, C. A., Herrera-Perez, E., Segura, E. R., Niño de Guzman, J., Rivera-Ch, M. & Barros, A. J. D. (2017). Factors behind the success story of under-five stunting in Peru: a district ecological multilevel analysis. *BMC Pediatrics*, 17(29), 1–9.
- Huicho, L., Vidal Cárdenas, E., Akseer, N. & et al. (2020). Drivers of stunting reduction in Perú: a country case study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 112(2), 816–829.
- Hurtado, A. M. & Garcés, J. M. (2018). *Procesos de determinación social de la cultura alimentaria en población escolar de Cali, Colombia*.
- Instituto Nacional de Salud. (2019). Vigilancia Integrada de Muertes en Menores de 5 Años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Desnutricion (DNT). *Informe de Evento*.

- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128–136.
- Izurieta Guevara, M. G. & Breilh, J. (2021). *Determinación social del consumo alimentario en hogares de distintas clases sociales de un espacio urbano. Trayectorias de procesos críticos en el régimen alimentario corporativo*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Jackman, H. (2020). Meaning Holism. In Edward N Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2020). Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Jiménez-Benítez, D., Rodríguez-Martín, A. & Jiménez-Rodríguez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3), 18–25.
- Joe, W., Rajaram, R. & Subramanian, S. v. (2016). Understanding the null-to-small association between increased macroeconomic growth and reducing child undernutrition in India: Role of development expenditures and poverty alleviation. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 196–209.
- Kannel, W. B., Dawber, T. R., Kagan, A., Revotskie, N. & Stokes, J. (1961). Factors of risk in the development of coronary heart disease- Six-year follow-up experience The Framingham study. *Annals of Internal Medicine*, 55(1), 33–50.
- Keino, S., Plasqui, G., Ettyang, G. & van den Borne, B. (2014). Determinants of stunting and overweight among young children and adolescents in sub-Saharan Africa. *Food and Nutrition Bulletin*, 35(2), 167–178.
- Keusch, G. T. (2003). *Symposium: Nutrition and Infection, Prologue and Progress Since 1968 The History of Nutrition: Malnutrition, Infection and Immunity* 1,2.

- Kismul, H., Acharya, P., Mapatano, M. A. & Hatløy, A. (2018). Determinants of childhood stunting in the Democratic Republic of Congo: Further analysis of Demographic and Health Survey 2013-14. *BMC Public Health*, 18(74), 1–14.
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*, 55(page 42), 693–700.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections - And why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652–657.
- krieger, N. (2011). *Epidemiology and the People's Health Theory and Context*. Oxford University Press.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions* (Second edition, Vol. 2). University of Chicago.
- Labra, M. E. (2002). Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 47–55.
- Larrea, C. & Kawachi, I. (2005). Does economic inequality affect child malnutrition? The case of Ecuador. *Social Science and Medicine*, 60(1), 165–178.
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *International Journal of Health Services*, 2, 59–79.
- Laurell, A. C. (1988). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Medico Sociales* , 19, 1–49.
- Laurell, A. C. (1991). Trabajo y salud: estado del conocimiento. In S Franco, E. Nunes, J. Breilh & A. Laurell (Eds.), *Debates en medicina social. OPS/ALAMES, Ecuador. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos n. 92)* (1st ed., pp. 249–321).

- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso Salud-Enfermedad. In *Lo Biológico y lo Social, su articulación en la formación del personal de salud* (Vol. 1, pp. 1–12).
- Marmot, M. G. & Rose, G. (1984). Inequalities in Death- Specific Explanations of a General Pattern? *Lancet*, 1003–1006.
- Mehta, N. M., Corkins, M. R., Lyman, B., Malone, A., Goday, P. S., Carney, L., Monczka, J. L., Plogsted, S. W. & Schwenk, W. F. (2013). Defining pediatric malnutrition: A paradigm shift toward etiology-related definitions. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 37(4), 460–481.
- MINSALUD, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Universidad Nacional de Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional* — *ENSIN* 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ensin-colombia-2018.pdf>
- Mohammed, S. H., Muhammad, F., Pakzad, R. & Alizadeh, S. (2019). Socioeconomic inequality in stunting among under-5 children in Ethiopia: A decomposition analysis. *BMC Research Notes*, 12(184), 1–5.
- Morales Borrero, C., Borde, E., Eslava Castañeda, J. C. & Concha Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797–808.
- Muntaner Bonet, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarín, M. I. & Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 950–958.
- Nguyen, C. M. & Nguyen, M. P. (2020). The roles of social economic status and undernutrition in regional disparities of the under-five mortality rate in Vietnam. *Tropical Medicine and International Health*, 00(00), 1–11.

- Nguyen, P. H., Scott, S., Neupane, S., Tran, L. M. & Menon, P. (2019). Social, biological, and programmatic factors linking adolescent pregnancy and early childhood undernutrition: a path analysis of India's 2016 National Family and Health Survey. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 3(7), 463–473.
- Oakes, J. M. & Rossi, P. H. (2003). The measurement of SES in health research: Current practice and steps toward a new approach. *Social Science and Medicine*, 56(4), 769–784.
- Oomen, H. (1953). Infant malnutrition in Indonesia. *Bull. Org. Mond. Sante*, 9, 371–384.
- Papineau, D. (2021). Naturalism. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/naturalism/>
- Pollack, M. M., Wiley, J. S., Kanter, R. & Holbrook, P. R. (1982). Malnutrition in Critically III Infants and Children. *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition*, 6(1), 20–24.
- Quine, V. O. (1951). *Two dogmas of empiricism*.
- Quine, W. (1951). Two Dogmas of Empiricism. *Philosophical Review*, 60(1), 20–43.
- Rosenberg, A. (2016). *Philosophy of social science* (Fifth edit). Westview press.
- Rothman, K. J., Adami, H. O. & Trichopoulos, D. (1998). Should the Mission of Epidemiology Include the Eradication of Poverty? *Lancet*, 352, 810–813.
- Sandoval Illescas, K. M. (2019). *Enfoque de la determinación social de la malnutrición infantil en niños y niñas que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del MIES, en la Administración Zonal Quitumbe, en el año 2018*.
- Schneider, E. (2017). *Stunting past, presente and future*.

- Seedhom, A. E., Mohamed, E. S. & Mahfouz Eman Mohamed. (2014). Determinants of stunting among preschool children, Minia, Egypt. *International Public Health Forum*, 1(2), 6–9.
- Sennet, A. (2021). Ambiguity. In Edwad N Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2021). Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Smith, L. C. & Haddad, L. (2015). Reducing child undernutrition: past drivers and priorities for the post-MDG era. *World Development*, 68(1), 180–204.
- Sobrinho, M., Gutiérrez, C., Cunha, A. J., Dávila, M. & Alarcón, J. (2014a). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: Tendencias y factores determinantes. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 35(2), 104–112.
- Sobrinho, M., Gutiérrez, C., Cunha, A. J., Dávila, M. & Alarcón, J. (2014b). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: Tendencias y factores determinantes. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 35(2), 104–112.
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. In *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1
- Stevens, S. S. (1935). The operational definition of psychological concepts. *Psychological Review*, 42(6), 517–527. <https://doi.org/10.1037/h0056973>
- Story, W. T. & Carpiano, R. M. (2017). Household social capital and socioeconomic inequalities in child undernutrition in rural India. *Social Science and Medicine*, 181, 112–121.

- Subramanian, S. v., Delgado, I., Jadue, L., Vega, J. & Kawachi, I. (2003). Income inequality and health: Multilevel analysis of Chilean communities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(11), 844–848.
- Torres-Parody, C. & Bolis, M. (2007). Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 22(6), 405–416.
- UNICEF España. (2011). La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. *UOC Nutrición*, 36. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf
- UNICEF, WHO & World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. (2020). Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2020 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates. *Geneva: WHO*, 24(2), 1–16.
- Vaivada, T., Akseer, N., Akseer, S., Somaskandan, A., Stefopoulos, M. & Bhutta, Z. A. (2020). Stunting in childhood: An overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. *American Journal of Clinical Nutrition*, 112, 777S-791S.
- Vallejo Solarte, M. E., Castro Castro, L. M. & Cerezo Corre, M. D. P. (2016). Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. *Univ. Salud*, 18(1), 113.
- Vargas, M. & Hernández, E. (2020). Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. *Medwave*, 20(2), 1–10.
- Win, T., Tun Sein, T., Ikeda, W., Morita, A. & Sokejima, S. (2020). Does father's social capital matter to child undernutrition in Myanmar? *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 00(0), 1–8.

World Health Organization. (2009). *WHO child growth standards : growth velocity based on weight, length and head circumference : methods and development*. World Health Organization, Department of Nutrition for Health and Development.

ANEXOS

Anexo 1: Aval del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), de la Universidad del Valle.



Integrantes del CIREH
COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISIÓN DE ÉTICA HUMANA
Atn.: Profesora Beatriz Eugenia Fernández Hurtado
Facultad de Salud
Universidad del Valle
Cali

Reciban un cordial saludo.

El Comité de Posgrado de la Escuela de Salud Pública certifica la aprobación académica del proyecto de investigación "ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD PÚBLICA PARA LA COMPRENSIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL" el cual será realizado por el estudiante Fabián Camilo Niño Nuván con código 2019-05433 de la Maestría en Salud Pública. La directora asignada es la Dra. Olga Lucía Gómez Gutiérrez.

Agradezco su valiosa colaboración.

Atentamente,


DIRECCIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
Escuela de Salud Pública

Universidad del Valle - Campus de San Fernando
Teléfono: (57) (2) 554 24 76 - (57) (2) 554 24 80
Correo electrónico: direccion.spr@univalle.edu.co
Calle 48 No. 36 - 05, edificio 118
Cali - Colombia

