

Las iniquidades sociales y el acceso a la salud: desafíos para la sociedad, desafíos para la enfermería

Regina Celia Fiorati¹

Ricardo Alexandre Arcêncio²

Larissa Barros de Souza³

Objetivo: reflexionar críticamente sobre los diferentes modelos interpretativos actuales de los Determinantes Sociales de la Salud y las iniquidades que dificultan el acceso y el derecho a la salud. Método: estudio teórico que utiliza el referencial teórico de la hermenéutica crítica para comprensión reconstructiva, a partir de una relación dialéctica entre la explicación y la comprensión de los modelos interpretativos de los determinantes sociales de la salud e iniquidades. Resultados: iniciamos identificando las tres generaciones, históricamente contextualizadas, de los modelos interpretativos de los determinantes sociales de la salud; la tercera generación y la actual se muestran como la síntesis histórica de las anteriores, las que se dividen en los siguientes modelos: neomaterialista, teoría psicosocial, teoría del capital social, teoría cultural comportamentalista y teoría del curso de la vida. Conclusión: se discute, a partir de una reflexión dialéctica y crítica-social, la complementariedad entre los modelos de determinantes sociales de la salud y la necesidad de concebir comprensivamente los determinantes, para orientar las acciones intersectoriales con el objetivo de erradicar las iniquidades que dificultan el acceso a la salud.

Descriptores: Inequidad Social; Condiciones Sociales; Salud Pública; Hermenéutica; Enfermería.

¹ PhD, Profesor Doctor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introducción

Los determinantes sociales de la salud: factores sociales, económicos, culturales, étnicos/raciales y psicológicos comportamentales, influyen en la ocurrencia de problemas de salud; sus factores de riesgo en la población han sido caracterizados por iniquidades sociales y de salud; ellos ocurren en el ámbito de los territorios periféricos urbanos, localizados geográficamente y culturalmente distantes de los centros urbanos de las grandes y medianas ciudades grandes, en Brasil⁽¹⁾.

La persistencia de grupos y personas excluidas socialmente y pobres, en determinados territorios, eleva los índices de vulnerabilidad social, con exclusión o difícil acceso de personas y grupos a los servicios y equipamientos públicos, a los bienes materiales e inmateriales, y las oportunidades que permiten a las personas la reproducción de la vida en un contexto de dignidad. La exclusión o el difícil acceso a: salud, renta, trabajo, educación, habitación, transporte, movilidad, cultura, ocio, medio ambiente sustentable y a las redes de soporte social, conducen a la persistencia de las iniquidades en la salud en esos territorios, o sea, al apareamiento de grupos que sufren problemas de salud y muerte evitables, injustos y desnecesarios⁽²⁾.

Algunos estudios han mostrado el aumento, en territorios caracterizados por fuertes índices de vulnerabilidad social, de personas y grupos que frecuentemente se tornan vulnerables a ambientes precarios, a la violencia y a ciertas enfermedades, con determinantes sociales que pueden resultar en muerte precoz⁽³⁻⁷⁾.

Así, esta investigación tuvo como objetivo realizar una reflexión crítica al respecto de los diferentes modelos interpretativos actuales de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y a las iniquidades que dificultan el acceso y el derecho a la salud, objetivando, también, reflexionar sobre los desafíos colocados para los profesionales de la salud, en especial para la enfermería, en el desarrollo de acciones que tengan como finalidad el combate a las iniquidades, a las injusticias y a las desigualdades de acceso a la salud, de diversos segmentos sociales con vulnerabilidad social y viviendo en extrema pobreza.

Método

Se trata de estudio teórico que utiliza el referencial teórico de la hermenéutica crítica de Habermas, el que busca comprensión reconstructiva, a partir de una

relación dialéctica entre la explicación y la comprensión del fenómeno que se investiga⁽⁸⁾.

Mediante un proceso interpretativo y la contextualización histórica cultural, se busca ampliar la comprensión de la temática estudiada, conjugando interpretación y sentido, con base en un abordaje apoyado en la intersubjetividad de la relación dialógica de campos semánticos distintos, entre material interpretado e interpretación, pero simétricos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Para recolectar y seleccionar el material a ser analizado, se realizó una investigación bibliográfica en la base de datos PubMed, en los últimos cinco años, utilizando los siguientes descriptores: *social determinants of health models*, y *social inequities in health*. Para el primer descriptor se obtuvieron 841 artículos como resultado. Después del análisis de los resúmenes y títulos, fueron seleccionados aquellos que discutían específicamente modelos de DSS, lo que resultó en 37 artículos. Para el segundo descriptor, se obtuvo el resultado de 43 artículos y, después del mismo análisis, se obtuvo un resultado de cero, ya que, en su totalidad, se trataban de estudios empíricos de poblaciones específicas y no mencionaban el modelo o referencial teórico asociado.

A partir de la lectura de los 37 artículos que describían modelos de Determinantes Sociales de Salud, o versaban sobre ellos, se buscaron los autores citados en esos artículos, los cuales se presentan como referencias para determinados modelos mencionados. Los autores referenciales fueron: Margareth Whitehead, John W. Lynch, Michael Marmot, Johan P. Mackenbach, Richard G. Wilkinson, Ichiro Kawachi/Lisa F. Berkman y David Blane. Algunos documentos sirvieron de base para la constitución histórica de los modelos: *Commission on Social Determinants of Health – WHO – 2005*; *Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud – 2006 – Brasil* y *The World Conference on Social Determinants of Health – 2011 – Rio de Janeiro*⁽¹¹⁾.

De esa forma, se efectuó una comprensión hermenéutica de los textos y, es decir, de los modelos concernientes al objeto que se investiga; se consideraron cuatro ámbitos constituyentes de un análisis hermenéutico, que fueron: contextualización histórica y cultural; comprensión reconstructiva de una inteligibilidad; aprensión dialéctica de un contexto; y producción de una reflexión crítica social.

En el primer ámbito, se hizo la contextualización histórica cultural acerca de una realidad social, en la cual los modelos estudiados fueron producidos.

En el segundo, se realizó una lectura del material empírico con el objetivo de obtener una comprensión reconstructiva, que puede ser entendida de forma

diferente de la que pretende una concepción dada de la realidad.

En el tercero, se objetivó la aprensión dialéctica de un contexto, en el cual circulan las varias concepciones imbuidas en los modelos estudiados y el todo sociocultural en que son producidos esos modelos, de tal manera que fue generada la visualización de un todo formado indistintamente por sus partes constitutivas.

Por último, se realizó una reflexión crítica social, tratando de reactualizar críticamente aquello que las concepciones - presentes en los modelos de los DSS - y las iniquidades en salud propusieron, y transformarlos para, también, producir un conocimiento reflexivo, objetivando la formulación de acciones sociales emancipadoras concernientes a las iniquidades sociales y así poder superarlas.

Resultados

El material seleccionado para el estudio fue compuesto por los siguientes autores, procedentes de los 37 estudios iniciales: 4 artículos de Margareth Whitehead, cuyo modelo influyó los documentos de las *Commission on Social Determinants of Health - WHO - 2005* y de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de Salud - 2006 - Brasil; 3 artículos de Johan P. Mackenbach, los cuales influenciaron los primeros análisis fuertemente apoyadas en las diferencias socioeconómicas como determinantes centrales de la salud; 4 artículos de John W. Lynch, que influenciaron los modelos neomaterialistas; 1 artículo de Michael Marmot y 1 de Richard G. Wilkinson, cuyos estudios generaron el abordaje psicosocial para los DSS; 1 artículo de Ichiro Kawachi y Lisa F. Berkman, autores que abordan la teoría del capital social como DSS; y, además, 2 artículos de David Blane, en los cuales se estudió la teoría del curso de la vida como determinante social de salud.

Así, los estudios pudieron ser agrupados en distintos modelos que fueron siendo construidos históricamente, los cuales pueden ser representados por tres generaciones, conforme la Figura 1.

1º grupo - Descripción de las relaciones entre pobreza y salud
2º grupo - Descripción de las estratificaciones de la salud, según los varios criterios de estratificación socioeconómica
3º grupo y actual - Estudios sobre cómo los mecanismos de producción de las iniquidades y las desigualdades e injusticias sociales afectan la salud humana

Figura 1 - Generaciones de modelos interpretativos de los Determinantes Sociales de la Salud

El primer grupo representa una generación de estudios pioneros en mostrar que existe relación intrínseca entre la forma como una sociedad se organiza y se desarrolla y la salud de su población. Esa generación es el resultado de una tensión en el campo de la salud pública entre una concepción preponderante del referencial médico biológico y otros enfoques sociopolíticos y ambientales en la definición de los procesos de salud/enfermedad. También influyó en el desarrollo de esos primeros estudios la realización de la Conferencia de Alma-Ata, al final del año 1970, a partir de la cual se recoloca en destaque el tema de los determinantes sociales de la salud.

El segundo grupo está representado por una generación de estudios que se desarrollan a partir de las décadas de los 80 y 90, y se colocan en la raíz de las investigaciones y modelos actuales. Ganan destaque, en esa fase, los trabajos de Margareth Whitehead, que estratifica en capas los determinantes sociales desde los que actúan al nivel individual hasta aquellos que interfieren en una macro dimensión. También se destaca en esa época la formación de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el inicio del año 2000.

En el tercer grupo, se encuentran los estudios y modelos interpretativos actuales de los DSS, que son: teorías neomaterialistas, teorías psicosociales, teorías de las redes y capital social, abordaje cultural comportamental de la epidemiología, y teoría del curso de la vida.

Los abordajes neomaterialistas privilegian aspectos de orden económico, político y social como los determinantes del proceso de producción de la salud y de la enfermedad, entendiendo que las diferencias de renta y acceso a bienes y servicios, influyen la salud debido a la escasez de recursos de los individuos y por la falta de inversiones en infraestructura comunitaria (educación, transporte, saneamiento, habitación, servicios de salud etc.).

Las teorías psicosociales exploran las relaciones entre percepciones de desigualdades sociales, mecanismos psicobiológicos y situación de salud, basados en el concepto de que las percepciones y las experiencias de personas en sociedades desiguales provocan estrés y perjuicios a la salud.

Otro modelo es el que busca analizar las relaciones entre la salud de las poblaciones, las desigualdades en las condiciones de vida y el grado de desarrollo de la trama de vínculos y asociaciones entre individuos y grupos. Esos estudios identifican el desgaste del llamado "capital social", o sea, de las relaciones de solidaridad y confianza entre personas y grupos, como siendo importante mecanismo, por medio del cual

las iniquidades de renta impactan negativamente la situación de salud.

El enfoque cultural comportamental epidemiológico hace una asociación entre estilos de vida adoptados individualmente y en su interfaz con la cultura y las desigualdades en la salud.

Por último, la teoría del curso de la vida defiende que salud y enfermedad constituyen el proceso resultante de múltiples desigualdades e iniquidades, ocurridas durante el curso de la vida de una persona, en su grupo social.

Discusión

Partiendo de situar los modelos encontrados en el contexto histórico y cultural, la discusión enfocó el grupo de la tercera generación, porque son los modelos actuales interpretativos de los DSS y de las iniquidades sociales, que abarcaron los otros modelos de las generaciones anteriores, y pasaron a constituir los referenciales resultantes del proceso histórico en la contemporaneidad. O sea, los modelos actuales presentan una síntesis reconstructiva de una inteligibilidad teórica conceptual que tomó cuerpo con base en una concepción ampliada de la salud, pensada en sus contextos político y ambiental y con interfaz con la sociedad y las relaciones sociales, superando un paradigma que colocaba los procesos salud/enfermedad apenas dentro de límites biológicos.

En ese sentido, las teorías neomaterialistas resaltan que la escasez de recursos que impactan negativamente la salud proviene de procesos económicos, principalmente aquellos derivados de: desigualdades referentes a la renta; modos de producción; apropiación de los medios de producción; relaciones de trabajo, así como, también de las decisiones políticas que producen grandes desigualdades sociales en el acceso a la condición de dignidad⁽¹²⁾.

En una perspectiva paralela, el enfoque de las teorías psicosociales está centrado en la visión de que, en una sociedad desigual, la percepción de un individuo, al ocupar una posición de desventaja social y poca reciprocidad comunitaria, provoca estrés y consecuentes disturbios de salud. Esa concepción, por tanto, condiciona los determinantes ambientales y comunitarios de la salud a mecanismos psíquicos y biológicos, no dando atención a otros condicionantes sociales importantes⁽¹³⁾.

El modelo de las redes sociales y capital social, desarrollado a partir de las contribuciones de los pensadores Robert Putnam, James Coleman y Pierre Bourdieu, define al capital social como una forma de organización social específica, en la cual existe una

fuerte red de relaciones interpersonales, fundamentadas en la reciprocidad y cooperación social. Esa organización produce un capital de desarrollo personal y colectivo que determinan el desarrollo en todos los sectores: económico, cultural, político, social y de salud. Así, el conjunto de los recursos individuales es transformado y potencializado - tomando como base la cohesión social - en recursos colectivos, los desencadenando beneficios individuales y colectivos al mismo tiempo. El capital social, por tanto, es definido como el tejido social o el vínculo invisible que mantiene la cohesión de las sociedades, y está basado en la confianza entre las personas y en la red de relacionamientos entre ellas y los grupos sociales que forman las comunidades. Para esta teoría, las iniquidades se solucionan partiendo de la existencia de una fuerte base comunitaria, que contiene lazos fuertes de reciprocidad y solidaridad⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Por concepciones culturales comportamentales - que impregnan el abordaje epidemiológico - se entiende que la relación, de más o menos de conflicto, entre las elecciones individuales de adoptar formas de vida personales (resultantes de procesos de autodeterminación de las personas y su libertad reconocida) y de la interfaz de esas opciones con la cultura y su influencia en la elección de esos individuos por determinados estilos de vida, resulta un determinado modo de vida que influencia y favorece ciertos procesos de salud-enfermedad en esos individuos y en los grupos a los que pertenecen⁽¹⁶⁾.

La teoría del curso de la vida señala que los eventos que caracterizan la vida de los sujetos, que van desde la vida fetal, pasando por la infancia y adolescencia, hasta la fase adulta, influyen en la salud de las personas, con efectos acumulativos que interactúan con las circunstancias sucesivas del curso de la vida y determinan los niveles de salud. Así, al analizar el curso de la vida de una persona y su salud, se constata que existe diferencia entre el sujeto nacido en un contexto suburbano pobre, y el de otro nacido dentro de una coyuntura de clase media⁽¹⁷⁾.

El debate entre los modelos de DSS e iniquidades, en la actualidad, se realiza a través de discusiones que, más allá de las potencialidades, realzan los límites de cada uno de ellos.

De esa forma, en el debate entre las concepciones incluidas en los modelos actuales, la crítica al modelo neomaterialista es la importancia unilateral dada a los factores económicos, vinculados a la renta y condiciones materiales de vida. En relación a los modelos psicosociales, se destaca el límite relacionado al estrechamiento de la cuestión a apenas manifestaciones orgánicas y psicológicas, generadas por la desigualdad social, no dando la debida atención a los modelos

económicos y políticos que generan esas desigualdades sociales. La crítica a la teoría del capital social levanta la cuestión de que esa concepción no considera las desigualdades en la distribución del poder político, le atribuye extremada responsabilidad a la sociedad civil, con la consecuente falta de responsabilidad del Estado en lo que se refiere a la protección social. En relación a la teoría cultural comportamentalista, la crítica recae sobre la visión unidimensional enfocada en los estilos de vida sin llevar en cuenta factores políticos y sociales; y, por último, referente a la teoría del curso de la vida, se afirma que esta se atiene apenas a cuestiones geográficamente determinadas⁽¹⁾.

Al realizar un análisis en busca de la aprensión dialéctica del contexto en que son producidas esas teorías, se percibe que el debate que las rodea no las torna alternativas unas a las otras, esto es, las teorías producidas no son contradictorias o excluyentes entre sí; al contrario, se complementan mutuamente, ya que reflejan contextualizaciones diferentes de una realidad extremadamente compleja de la contemporaneidad. Esa complejidad social produce lecturas de múltiples facetas de lo real que, a partir de una cultura multidimensionalidad, genera interpretaciones polisémicas de la realidad social.

En esa perspectiva, se percibe la importancia de construir interfaces entre los modelos y valorizar los enfoques ecosociales y los llamados enfoques multiniveles, los cuales buscan integrar los abordajes individuales y grupales, sociales y biológicas en una perspectiva dinámica, histórica y ecológica⁽¹⁸⁾.

De esa forma, se destaca que no es útil contraponer modelos materialistas y a los no materialistas. La complejidad de las cuestiones contemporáneas exige un abordaje comprensivo que abarque los determinantes estructurales, o sea, el contexto político y socioeconómico, y los factores relacionados como renta, trabajo, educación, vivienda, organización de los sistemas de salud, políticas sociales, género, etnias, entre otros. Debe también abarcar los determinantes intermedios, tales como los enfoques psicosociales, culturales y comportamentales, que se desdoblán en factores vinculados al: ambiente de vida, grupos de pertenencia, cohesión social, factores biológicos y genéticos⁽¹⁹⁾.

Se podría, por tanto, reunir los modelos de los determinantes sociales de la salud en esferas que se interceptan, buscando interfaces entre los determinantes estructurales e intermediarios, de forma a realizar un análisis que abarque el contexto sociopolítico y económico y los contextos culturales y biopsicosociales, en los cuales son generadas las iniquidades sociales. Los determinantes estructurales,

generadores de la estratificación social, incluyen los factores de renta, educación, trabajo, movilidad social, vivienda, acceso a bienes y servicios y poder político, entre otros. Los determinantes intermedios surgen a partir de la configuración de la estratificación social subliminar, y ocasionan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones comprometedoras de la salud, vinculados a factores culturales, psicosociales y comportamentales, por ejemplo: género, etnicidad y sexualidad, redes sociales de soporte y pertenencia, cohesión social, solidaridad y capital social. También incluyen: condiciones de vida, condiciones de trabajo, disponibilidad de alimento, comportamientos de la población y barreras para la adopción de un estilo de vida saludable.

Así, se consideran los contextos sociales y políticos como factores determinantes que influyen procesos de salud/enfermedad en ciertos segmentos poblacionales, así como contextos sociales que incluyen el rápido crecimiento urbano como los asentamientos y áreas habitacionales con precarias condiciones de saneamiento y vida, que son locales de desarrollo infantil, que influencia (en todo el curso de la vida) las condiciones y los procesos de trabajo, el sistema de salud y el acceso a servicios públicos. Sin embargo, también se resalta que todos esos factores son condicionados, a su vez, por el macrodeterminante político vinculado a la globalización de la economía que afecta a las economías nacionales, resultando en una organización política enfocada en el desarrollo económico, en detrimento de las políticas sociales⁽²⁰⁾.

Sin embargo, a pesar de que los DSS incluyan, también, las formas como las personas, grupos y poblaciones elaboran sus manifestaciones culturales e concepciones sobre la salud/enfermedad y como tratarlas, son las condiciones inicuas, en las que se encuentran muchos segmentos sociales, las que más han impactado y determinado la persistencia de enfermedades, condiciones y estados que podrían ser erradicados. En otras palabras, a pesar de poseer la tecnología y conocimiento para esa erradicación, no se consigue una implementarla efectivamente; así, se configura esa realidad, vivida por esas personas/poblaciones, en vulnerabilidad social, evitable, injusta y desnecesaria⁽¹⁾.

A partir del análisis comprensivo de los diferentes modelos de DSS, se percibe que son los determinantes que están directamente en la base del surgimiento de esas iniquidades sociales, los que causan impacto negativo sobre la salud de personas, grupos y poblaciones, en grados diferenciados, pudiendo llevar hasta a la muerte. Las condiciones de vida inicuas son caracterizadas por estados existenciales que no garantizan una vida

digna. Una base mínima de vida con dignidad puede ser definida como aquella en que están presentes las condiciones mínimas suficientes para vivir dignamente y que, por derecho humano, son universales a todos los hombres, mujeres y niños: el acceso universal a las formas de reproducción social y colectiva de la vida, tales como trabajo, renta, acceso a servicios de salud de calidad, acceso a la educación, a la cultura, a la habitación, transporte, al ocio, al medio ambiente sustentable, y a la redes sociales de solidaridad o redes de soporte social. Así, las iniquidades sociales pueden ser definidas como ciertas condiciones existenciales en las cuales existe acceso desigual o el no acceso, a los derechos humanos que garantizan una base mínima de dignidad humana⁽²¹⁾.

Es importante destacar, entre tanto, que, considerando esa definición, las iniquidades sociales son, por sí solas, injustas, desnecesarias y evitables porque se constituyen esencialmente en falta de acceso a las condiciones mínimas de vida humana digna y, por tanto, esas condiciones de vida desiguales son inicuas por esencia, porque son injustificables bajo cualquier aspecto, ya que son deshumanas. Desnecesarias y evitables porque son desigualdades causadas por otros agentes humanos en sus relaciones sociales, caracterizadas estas por desigualdad de poder (económico, político y sociocultural) no imputables a agentes naturales o tecnológicos-biológicos o a la falta de conocimiento o tecnología para enfrentamiento de enfermedades.

Las iniquidades sociales, por tanto, son carencias determinadas socialmente, que condicionan la existencia de personas, grupos y poblaciones, las cuales son caracterizadas por desigualdad de acceso o no acceso, a bienes materiales e inmateriales, patrimonios humanos, responsables por proporcionar una base de vida humana digna, y son resultantes de la violación de derechos imputables a la acción del Estado, a los órganos gubernamentales y por la omisión de la sociedad civil⁽²²⁾.

Con base en este punto de vista ¿Cuáles los desafíos para la sociedad? Partiendo de un análisis que demuestra que las iniquidades sociales son injustificables bajo cualquier aspecto, se percibe el inmenso desafío colocado para la sociedad en la construcción de una comunidad justa y democrática. La práctica del enfermero debe, por tanto, contener esos valores. Así, hay que permitir, con urgencia, el acceso universal a los bienes y patrimonios humanos y garantizar el respeto incondicional a los derechos del hombre.

En este estudio, se consideran los siguientes patrimonios y bienes humanos y colectivos: a) los socioeconómicos (educación, salud, trabajo y renta, habitación, medio ambiente sustentable, transporte y

movilidad, deporte y ocio, entre otros); los culturales (información en todos los niveles, manifestación y reconocimiento social de valores, creencias y sistemas particulares de conocimiento, reconocimiento de las realizaciones sociales de esos sistemas particulares de conocimiento y manifestaciones culturales y democratización de los espacios públicos; b) los políticos (poder de deliberación sobre cuestiones sociales, financieras y políticas; inserción en formas sociales organizadas para expresión y ejercicio de ciudadanía y toma de decisiones); y c) los sociales (inserción en la sociedad civil y representación pública, las redes sociales de soporte, la pertenencia a grupos de soporte y cohesión social, y las redes de relaciones solidarias e inclusión social)⁽²³⁾.

En ese sentido, se entiende que la no accesibilidad de personas y grupos a esos bienes y patrimonios constituye una violación de derechos, la que ocurre en tres niveles: a) por la acción del Estado (gestión de la sociedad apoyada en sistema de dominación, legitimando el acceso desigual al poder, estructura que impermeabiliza las instancias deliberativas a la sociedad, legitima la prevalencia de los intereses económicos de mercado e capital sobre las dimensiones de la existencia humana, con base en valores éticos. b) por la organización político social (representada por las esferas gubernamentales, por segmentos que detienen el poder político privilegiando las corporaciones económicas, en la manutención de políticas e instancias de legalidad que legitiman la concentración de riquezas y ejercicio de poder, con base en el bloqueo de informaciones y en la dominación violenta sobre la sociedad y sobre las clases más bajas en la estratificación social); y c) por la omisión de la sociedad civil (organización popular, a partir de sistemas simbólicos que naturalizan las desigualdades sociales, las cuales se caracterizan como injusticias sociales, legitimándolas según criterios formados a partir de creencias y prejuicios, ideológicamente orientados, diseminados culturalmente)⁽²²⁾.

Pensando, entonces, en cómo las iniquidades afectan a la salud humana, se presenta una realidad en la cual los servicios de calidad de los sistemas de salud y el acceso a ellos y a las mejores tecnologías en salud, son desigualmente distribuidos entre las personas y grupos que componen la sociedad, en una organización social y político económica que conocemos. Así, los grupos y personas que sufren las violaciones de derechos no tienen acceso (o un acceso difícil) a servicios, tratamientos y tecnologías de la salud de calidad.

Considerando que las carencias experimentadas por determinadas poblaciones y personas que se encuentran vulnerables socialmente, las colocan en una situación

en que se presentan mayores necesidades sociales y de salud; el no poder acceder a los servicios, tratamientos y tecnologías de salud de calidad, tienen efecto negativo en la salud y en la vida/muerte de esos grupos sociales. En otras palabras, esos grupos en vulnerabilidad social, cuyos derechos humanos se encuentran violados, presentan mayores necesidades de salud, como consecuencia de las enormes carencias a que están sometidos y, en esa perspectiva, deberían tener más acceso a los servicios, tratamientos y tecnologías en salud, entretanto, lo que sucede en la práctica no es exactamente eso, verificándose cierto desajuste entre la oferta de acciones y las necesidades⁽²⁾.

La enfermería, cuyas prácticas deben estar sintonizadas a las demandas y necesidades de sus territorios, se encuentra delante de muchos límites, sea en términos de recursos y tecnologías, sea en la propia formación de ese profesional, cuyo enfoque principal es todavía asistencialista, con conocimiento restringido en lo que se refiere al Estado de Derecho. Así, es relevante, por medio de estudios teóricos, verificar los principales determinantes de la iniquidad social en sus interfaces con los servicios de salud; y, también reconocer los desafíos de la enfermería en lo que se refiere a la construcción de una lógica de trabajo que tenga una perspectiva emancipadora, objetivando obtener el protagonismo de las comunidades⁽²⁴⁾.

Actualmente, el arsenal disponible para los profesionales de la salud está sustentado en modelos clásicos de formación que, además de no operar con tecnologías sensibles a la coyuntura, no dan destaque a las diferencias que existen en las comunidades. Parece haber un conjunto único de acciones, independiente del grado de dificultad o necesidad que la comunidad pueda tener. Sin embargo, para superar los desafíos que se han colocado, es necesario formar un profesional con una visión histórica y social ampliada⁽²⁵⁾.

Conclusión

La estratificación de una comunidad, en lo que se refiere al riesgo social y también a su necesidad de salud, es un aspecto imprescindible cuando se persigue vencer las iniquidades sociales en el acceso a la salud de calidad. Es importante hacer inversiones en nuevas tecnologías que puedan evidenciar áreas que posean una mayor desventaja social; también nuevos conocimientos son relevantes para comprender las raíces de las iniquidades. Cuanto más profunda es la reflexión de las iniquidades en su interface con el acceso, con

mayor facilidad se alcanzan soluciones más factibles y próximas a la realidad.

Así, para la resolución de las iniquidades en el acceso a la salud es necesario crear instancias intersectoriales, que van más allá del campo de la salud; todos los sectores deben aunar sus recursos para formular políticas públicas que propicien la garantía del gozo pleno de los derechos sociales, por todas las personas de nuestra sociedad y de la comunidad de este planeta. Ese es el gran desafío para todos nosotros, en este siglo XXI.

Referencias

1. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts and theories. *Global Health Accion*. 2015;8(27106):1-12.
2. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 2013;368(10):936-42.
3. Chaves TV, Sanches ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1168-75.
4. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377(9781):1962-75.
5. Gomes BR, Adorno RCF. Tornar-se "noia": trajetória e sofrimento social nos "usos de crack" no centro de São Paulo. *Etnográfica*. 2011;15(3):569-86.
6. Yamamura M, Santos Neto M, Freitas IM, Rodrigues LBB, Popolin MP, Uchoa SAC, et al. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(4):270-7.
7. Fiorati RC, Carretta RYD, Kebbe LM, Xavier JJS, Lobato BC. Inequalities and social exclusion among homeless people: a Brazilian study. *Am Int J Social Sci*. 2014;3(6):5-14.
8. Taquette SR, Minayo MCS. The main characteristics of qualitative studies carried out by doctors in Brazil. *Cien Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2423-30.
9. Habermas J. Political communication in media society: does democracy still enjoy an epistemic dimension? The impact of Normative Theory on empirical research. *Commun Theory*. 2006;16(4):411-26.
10. Flajoliet A. L'Herméneutique à la Phénoménologie de l'ouvre littéraire. *Estud Pesqui Psicol*. 2008;8(2):309-33.
11. Pellegrini A Filho. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(11):2080-2.

12. Maika A, Mittinty MN, Brinkman S, Harper S, Satriawan E, Lynch JW. Changes in socioeconomic inequality in Indonesian Children's Cognitive function from 2000 to 2007: a decomposition analysis. *PLoS One*. 2013;8(10):1-9.
13. Marmot M. Global Accion on social determinants of health. *Bull Wrlld Health Organ*. 2011;89(10):702.
14. Helal DH, Neves GAB. Superando a pobreza: o papel do capital social na região metropolitana de Belo Horizonte. *Cad EBAPE.BR*. 2007;5(2):1-13.
15. Aida J, Kondo K, Kondo N, Watt RG, Sheihan A, Tsakos G. Income inequality, social capital and dental status in older japanese. *Soc Sci Med*. 2011;73(10):1561-8.
16. Geib LTC. Determinantes Sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):123-133.
17. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and Child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
18. Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*. 2011;377(9781):1898-1900.
19. Buss PM, Magalhães DP, Setti AFF, Gallo E, Franco Netto FA, Machado JMH, et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento do pós-2015 das Nações Unidas. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2555-70.
20. Sapir A. Globalization and the reform of European social models. *J Common Market Stud*. 2006;44(2):369-90.
21. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 2011;10(1):15.
22. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet*. 2011;377(9779):1724-5.
23. Andrade LOM, Pellegrini A Filho, Solar O, Rígoli F, Salazar LM, Serrate PCF, et al. Social determinants of health, universal health coverage and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 2015;385(9975):1343-51.
24. Nichiata LYI, Bertolizzi MR, Takashi RF, Fracolli LA. The use of "vulnerability" concept in the nursing area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(5): 923-8.
25. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):459-66.

Recibido: 13.5.2015

Aceptado: 5.10.2015

Correspondencia:

Regina Celia Fiorati
Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14039-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: reginacf@fmrp.usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.