

De los determinantes sociales a la interdependencia social: teoría, reflexión y aplicación

William Ventres, Shafik Dharamsi, Robert Ferrer

Los determinantes sociales “son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen... Los determinantes sociales de la salud son principalmente responsables por las inequidades en salud -las diferencias injustas y evitables en el estado de salud vistos dentro y entre los países-” [1].

Introducción

El saber que los factores sociales afectan la salud y la enfermedad no es nada particularmente nuevo [2], los académicos de la medicina y la salud pública han dedicado cada vez más tiempo y esfuerzo para definir claramente cómo estos determinantes sociales influyen los resultados en salud [3,4]. Sin embargo, algunos puntos de vista se basan, principalmente, en nuestras propias experiencias en lugares con población de bajos recursos alrededor del mundo. Por ello, nos preocupa que los determinantes sociales sean definidos comúnmente como abstracciones, como la pobreza, el racismo y la violencia, por ejemplo, porque estos conceptos no indagan las estructuras

sociales en las que funcionamos actualmente. De hecho, las desigualdades sociales resultan de aquéllos que creen y apoyen -intencionalmente o no, por ignorancia o no- las condiciones que fomentan la inequidad.

Nosotros como profesionales de la salud podemos, a menudo, creer erróneamente que los orígenes de los malos resultados relacionados con ésta no están relacionados con las formas en que los factores sociales, económicos, políticos, y ambientales se establecen y mantienen [5]. Podemos dejar de desarrollar una conciencia crítica de cómo el poder y el privilegio -la "red de causalidad" [6]- perpetúa los sistemas sociales que fomentan desigualdad, injusticia y opresión, que, a su vez, directa y negativamente, la afecta, así como al bienestar de los pueblos. Podemos fallar en desarrollar una comprensión reflexiva de cómo nuestras acciones pueden ser entrelazadas con los resultados negativos que estos sistemas generan.

En consecuencia, sugerimos a los profesionales de la salud, que además de reconocer los *determinantes sociales* de la salud, también consideren avanzar hacia la comprensión y la aplicación de una *interdependencia social* de la salud y la enfermedad. En este artículo, introducimos el concepto de interdependencia social (basado en nuestras propias actividades en la enseñanza y la práctica profesional, así como nuestra reflexión colectiva sobre los determinantes sociales, la noción de determinación social y la Teoría de Interdependencia Social [7-13]), también abogamos por la adopción de un enfoque de este tipo dentro de las culturas de la medicina y la salud pública.

William Ventres. Investigador asociado, Instituto de Estudios Históricos, Antropológicos y Arqueológicos, Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador, profesor clínico asociado afiliado, Departamento de Medicina Familiar, *Oregon Health & Science University*, Portland, Oregon, EUA.

Correo-e: wventres@gmail.com

Shafik Dharamsi. Director, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Texas en El Paso, EUA.

Email: shafikdharamsi@utep.edu

Robert Ferrer. Profesor, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de Texas, en San Antonio, San Antonio, Texas, EUA.

Correo-e: ferrerr@uthscsa.edu

Discusión

Conceptualizando la interdependencia social

La interdependencia social empieza reforzando el proceso de percibir las causas fundamentales de los determinantes sociales de la salud. Además, sugiere que asumir la responsabilidad de cambiar las causas básicas que los originan es un compromiso compartido colectivamente por todos los miembros del pueblo.

Para conceptualizar una interdependencia social se requiere:

- Aceptar que las estructuras sociales influyen profundamente en los resultados en salud. El término “violencia estructural” es útil para entender cómo la creación activa y la perpetuación de los sistemas de poder injustos dañan la salud de la gente [14].
- Reconocer que estos sistemas sociales injustos son las principales responsables de las inequidades en la salud y que se manifiestan a través de los determinantes sociales de la salud [15].
- Tomar conciencia, a través de crear una “competencia estructural [16]”, de que estos factores son parte inherente de cualquier sistema educativo, ideológico o económico que funciona de tal manera que margina a amplios sectores del mundo, ya que centraliza de manera desproporcionada el poder y maximiza la riqueza en manos de unos pocos exclusivos [17].
- Admitir que cada uno de nosotros está involucrado, ya sea en el sostenimiento de los sistemas sociales que producen efectos adversos en la salud o en la desestabilización de éstos, a través de acciones que denuncian y desmontan las creencias, actitudes, ideologías y prácticas que subyacen a ellos.
- Darse cuenta de que existen alternativas a las estructuras sociales opresivas y que cada uno de nosotros puede desempeñar un papel importante en la creación y el apoyo a las estructuras alternativas que buscan promover la salud, especialmente entre aquéllos que sufren la gran carga de las enfermedades.

Construyendo una orientación de la interdependencia social

Desarrollar una comprensión de la interdependencia social implica un proceso interactivo de la percepción, la reflexión y la acción. Construir esta orientación significa:

- Ver las realidades de las inequidades en salud, en todas sus complejidades, como parte de una visión certera del mundo [18-20].
- Reconocer los costos de estas inequidades a la dignidad humana [21-23].
- Aprender cómo la hegemonía económica y política, los conceptos de centro y periferia y el imperialismo cultural [24-26], entre otros factores sociales, interactúan para formar una red interconectada de influencia que beneficia a una minuciosa y pequeña minoría privilegiada que excluye a la gran mayoría [27].
- Darse cuenta de que ninguno de estos factores son fenómenos inmutables “naturales”, pero que están arraigados y perpetuados por las acciones sociales deliberadas de los seres humanos [28].
- Participar en la sociedad amplia como ciudadanos conscientes y activos acerca de la salud comunitaria [29,30].

Reconociendo el contexto compartido

Respuestas productivas a estos cinco puntos dependen del nivel de desarrollo del compromiso con el pluralismo, la participación, el diálogo y la resistencia respetuosa [31-33].

- El *pluralismo* significa reconocer que las personas perciben la realidad desde distintos puntos de vista; todos pensamos, sentimos y actuamos de manera concordante con sus diferentes puntos de vista.
- La *participación* es explorar críticamente estos variados puntos de vista: fomentando, escuchando y considerando cuidadosa y activamente las creencias alternativas, sobre todo, cuando son expresadas por personas que han sido históricamente oprimidas por razón del color de su piel, el lugar de su nacimiento o su grado de marginación.

- El *diálogo* implica fomentar un discurso honesto y abierto que pueda mediar el paso de una conciencia de pluralismo para una inclinación por la participación, un proceso integrado en la transparencia, una presencia recíproca [34] y la voluntad de enfrentar a los conflictos de interés con respeto [35].
- La *resistencia* es ponerse al pie frente de las asimetrías injustas de poder y representa una alternativa viable cuando la dignidad humana se ve amenazada.

Estos cuatro conceptos están en su naturaleza contextual; contruidos, organizados y mantenidos en forma relacional [30]. El contexto no es fácilmente explorado utilizando enfoques reduccionistas que dominan la formación profesional contemporánea (muchos de los cuales están dirigidos tanto a factores tales como el examen de riesgo individual y la elección personal o al mantenimiento por los incentivos económicos que exageran su utilidad) [36].

Para desarrollar una conciencia contextual de interdependencia social se requiere que los profesionales de la salud consideren las dinámicas de poder, las culturas y las familias de origen, así como las ideologías colectivas, como partes integrantes de las etiologías de las enfermedades, sus manifestaciones y sus respectivas soluciones. Utilizar activamente una conciencia de la interdependencia social significa re-imaginar la salud individual en relación de la salud comunitaria.

Desarrollando una conciencia interdependiente

Desarrollar una conciencia crítica de las injusticias que nos rodean y ubicarlas en el contexto de los entornos que contribuyen a su existencia, son habilidades esenciales para profesionales interesados en construir una perspectiva de la interdependencia social. Conceptualizar esta perspectiva exige examinar nuestras creencias y sentimientos personales (incluyendo, por ejemplo, nuestros propios valores y ansiedades) y trabajar para descubrir nuestros prejuicios inconscientes [37,38]. Sugiere aprender a apreciar los contextos históricos, económicos y políticos que han

formado nuestras socializaciones, los que han enfocado nuestra atención en actividades profesionales de beneficio general limitado, tal como los que aumentan nuestras capacidades para ver la realidad en que vive la gente pobre y socialmente vulnerable, dar cuenta de las inequidades que causan esta realidad y trabajar para disminuir sus efectos [39]. De lo contrario, corremos el riesgo de aumentar el sufrimiento humano mediante la reproducción de las estructuras de poder que suprimen el desarrollo humano sano, especialmente para los más necesitados.

La elección de un compromiso activo

La interdependencia social sugiere que nosotros nos enfrentemos a diferentes opciones en nuestro trabajo cotidiano, si somos conscientes de éstas o no. Sabiendo que hay desigualdades en el estado de la salud -los “pobres” de este mundo sufren desproporcionadamente peores resultados, en contraste con los “ricos” [3,4] y el conocimiento de que el modelo médico-industrial actual, basado en el libre mercado, no logra disminuir estas desigualdades [40,41], como profesionales de la salud podemos optar por aceptar pasivamente el estatus-quo u optar por trabajar activamente para lograr cambios positivos.

Esto significa reconocer los factores que crean las desigualdades, así como las acciones para abordarlos [42]. Significa también trabajar en solidaridad con los miembros marginados de la sociedad para construir nuevas condiciones, nueva ética de la atención de la salud y nuevas políticas que ofrecen la participación, el compromiso y la esperanza [43]. Asimismo, esto significa tener papeles activos en los esfuerzos por centrar las actividades educativas que socializan la próxima generación de profesionales de la salud y trabajar para y con los miembros más vulnerables de nuestra sociedad, mejorar y ampliar los sistemas de la atención primaria, promover la creación de políticas justas que protejan el empleo y ofrezcan trabajo digno, así como ampliar los derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo el acceso equitativo a los servicios públicos que apoyan la salud y el bienestar humano [44-49].

Otras consideraciones

Algunos leerán este ensayo y podrán concluir que el concepto de la interdependencia social en salud y la enfermedad es una idea demasiado general para aplicarla en el trabajo cotidiano. Otros sugerirán que el enfoque de la sociedad actual sobre el dinero, el poder y la alta tecnología como caminos para lograr el éxito, hace que la idea de interdependencia social sea un sueño utópico. Otros más argumentarán que la idea no es aplicable al entorno de la atención de salud de hoy en día: el trabajo de medicina y la salud pública es, y debe ser, el diagnóstico y el tratamiento individual y comunitario.

Consideramos que la interdependencia social no trata de resolver todos los problemas sociales a la vez. Su punto de partida puede ser una acción tan simple como trabajar con las personas que sufren los efectos nocivos de la marginación social, desde de los puestos de la solidaridad, en lugar de la autoridad [50,51]. A menos que estemos dispuestos a examinar las consecuencias de nuestras elecciones individuales y colectivas, la gente sufre, independientemente de la forma en que somos expertos en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, incluso si estamos conscientes del contexto social. La interdependencia no sustituye a los determinantes sociales. Sin embargo, proporciona una perspectiva a través de la cual podemos ver sus orígenes y trabajar para extirparlos.

Conclusiones

Desarrollar y aplicar un abordaje de la interdependencia social significa apreciar nuestra interconexión humana. Para profesionales de la medicina y de la salud pública, específicamente, significa trabajar para extender los servicios clínicos y preventivos a toda la gente, a la vez, disminuyendo las barreras que obstaculizan dar atención con calidad. Significa darse cuenta que en las investigaciones hay oportunidades para colaborar con la gente en sus propias comunidades, no solamente restringirlas a los laboratorios científicos controlados. Significa ver a la medicina y a la salud pública como procesos llenos de oportunidades para curar con compasión, no solamente con fines comerciales lucrativos.

Significa, en el rango de la salud y la enfermedad, apreciar cómo vivimos en un mundo interrelacionado, en el que ninguno de nosotros está tan separado del otro que no podamos imaginar y desear para los demás lo que podríamos desear para nosotros mismos.

Un abordaje de la interdependencia social muestra cómo nuestro bienestar está vinculado con el bienestar de otra gente, y vice versa. Nos ilumina sobre cómo nuestros mundos cotidianos están íntimamente conectados con los mundos de la gente para y con quienes trabajamos. Se reconocen los principios de la dignidad, la solidaridad, el servicio y la resolución. Nos motiva a considerar nuestro trabajo como una fuerza, no sólo para prestar atención a la enfermedad, sino también para fomentar la salud y el bienestar, y nos ayuda a involucrarnos como participantes inspirados en esta búsqueda. El uso de interdependencia social es especialmente importante ahora para contrarrestar los discursos dominantes que distorsionan el valor de las soluciones propuestas basadas en la privatización, el capital económico intensivo y la alta tecnología aplicadas a los problemas estructurales.

Creemos que tal consideración puede mover a todos nosotros hacia ver el mundo y nuestras responsabilidades con nuevos puntos de vista empoderamientos y, en el camino, cambiar nuestras perspectivas de la indignación a la esperanza. En relación con la medicina y la salud pública, le invitamos a pensar en la “interdependencia” cada vez que vea o escuche la palabra “determinantes”. Al hacerlo, también le invitamos a compartir con nosotros esta esperanza.

Agradecimientos

A la Dras. Anne-Emanuelle Birn y Virginia Rodríguez Funes por sus comentarios sobre versiones anteriores de este artículo. Al Dr. David W. Johnson por permitirnos adaptar la redacción e interpretación de su Teoría de la Interdependencia Social (de la psicología educacional) a un contexto de la salud y la enfermedad.

Referencias

1. World Health Organization. What are the social determinants of health? Geneva, Switzerland. 2013.

Available at:

http://www.who.int/social_determinants/sdh_definiton/en/.

2. Kunitz SJ. The health of populations: general theories and particular realities. New York: Oxford University Press; 2007.
3. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
4. Marmot M, Wilkinson R. The social determinants of health. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2005.
5. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014;129 Suppl 2:19-31.
6. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med.* 1994;39(7):887-903.
7. Porter D. How did social medicine evolve, and where is it heading? *PLoS Med.* 2006;3:e399. doi: 10.1271/journal.pmed.0030399
8. Breilh J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad.* Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2003.
9. Spiegel JM, Breilh J, Yassi A. Why language matters: insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program. *Global Health.* 2015;11:9. doi: 10.1186/s12992-015-0091-2.
10. Johnson DW, Johnson RT, Smith K. The state of cooperative learning in postsecondary and professional settings. *Educ Psychol Rev.* 2007;19:15-29.
11. Ventres WB. Cultural encounters and family medicine: six lessons from South America. *J Am Board Fam Pract.* 1997;10(3):232-6.
12. Dharamsi S, Woollard B, Okullo I, Kendal P, Macnab A. Health promoting schools as learning sites for physicians in-training. *Health Educ.* 2013;114(3):186-96. doi: 10.1108/HE-09-2013-0048
13. Ferrer RL. A piece of my mind: within the system of no-system. *JAMA.* 2001;286(20):2513-4
14. Farmer P, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3:e449. doi: 10.1371/journal.pmed.0030449.
15. Ventres W, Kravitz JD, Dharamsi S. PEARLSS: key forces that influence social determinants and shape health outcomes. *Acad Med.* In press.
16. Metz J, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med.* 2014;103:126-33. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032
17. Silver M. If you shouldn't call it the third world, what should you call it? NPR. January 4, 2015. <http://www.npr.org/blogs/goatsandsoda/2015/01/04/372684438/if-you-shouldnt-call-it-the-third-world-what-should-you-call-it>. Accessed July 30, 2015.
18. Sen A. *Development as freedom.* 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
19. Ventres W, Gusoff G. Poverty blindness: exploring the diagnosis and treatment of an epidemic condition. *J Health Care Poor Underserved.* 2014;25(1):52-62. doi: 10.1353/hpu.2014.0025
20. Bourgois P, Holmes SM, Sue K, Quesada J. Structural vulnerability: operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Acad Med.* 2016; 2015 Aug 25. [Epub ahead of print]
21. Phillips SP. Defining and measuring gender: a social determinant of health whose time has come. *Int J Equity Health.* 2005;4:11. doi: 10.1186/1475-9276-4-11
22. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Smith D. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health.* 1997;87(9):1491-8.
23. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M, Vergés N, Pasarin MI. Politics and health outcomes. *Lancet.* 2006;368(9540):1033-7.
24. Stoddart MCJ. Ideology, hegemony, discourse: a critical review of theories of knowledge and power. *Soc Thought Res.* 2007;28:191-226.
25. Galtung J. A structural theory of imperialism. *J Peace Res.* 1971;8(2):81-117.
26. Verkerk MA, Lindemann H. Theoretical resources for a globalised bioethics. *J Med Ethics.* 2011;37(2):92-6. doi: 10.1136/jme.2010.036830
27. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health.* 2001;91(10):1592-601.
28. Green M, Hulme D. From correlates and characteristics to causes: thinking about poverty from a chronic poverty perspective. *World Dev.* 2005;33(6):867-79. Doi: 10.1016/j.worlddev.2004.09.013
29. Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM, Woollard R. The physician as health advocate: translating the quest for social responsibility into medical education and practice. *Acad Med.* 2011;86(9):1108-13. doi: 10.1097/ACM.0b013e318226b43b
30. Nichter M. *Global health: why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter.* Tucson, AZ: University of Arizona Press; 2008.
31. Garrafa V, Porto D. *Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice.* *Bioethics.* 2003;17(5-6):399-416.

32. Ventres W, Haq C. Toward a cultural consciousness of self-in-relationship: from “us and them” to “we”. *Fam Med*. 2014;46(9):691-5.
33. Hessler S. *Time for Outrage!* London, UK: Charles Glass Books; 2011.
34. Hunt MR, Schwartz L, Sinding C, Elit L. The ethics of engaged presence: a framework for health professionals in humanitarian assistance and development work. *Dev World Bioeth*. 2014;14(1):47-55.
35. Ventres WB. Building power between polarities: on the *space-in-between*. *Qual Health Res*. 2016;26(3):345-350.
36. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31 Supl 1:13-27. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727002>
37. Ventres WB, Fort MP. Eyes wide open: an essay on developing an engaged awareness in global medicine and public health. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14:29. doi: 10.1186/s12914-014-0029-4.
38. Dharamsi. S. Moving beyond the limits of cultural competency training. *Med Educ*. 2011;45(8):764-766. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04044.x.
39. Greenhalgh T, Russell J. Evidence-based policymaking: a critique. *Perspect Biol Med*. 2009;52(2):302-14. doi: 10.1353/pbm.0.0085
40. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;i(7696):405-12.
41. Labonte R. Global action on social determinants of health. *J Public Health Policy*. 2012;33(2):139-47. doi: 10.1057/jphp.2011.61
42. Bainbridge L, Grossman S, Dharamsi S, Porter J, Wood V. Engagement studios: students and communities working to address the determinants of health. *Educ Health (Abingdon)*. 2014;27(1):78-82. doi: 10.4103/1357-6283.134330.
43. Dawson A, Jennings B. The place of solidarity in public health ethics. *Public Health Rev*. 2012;34(5):65-79. doi: 10.1002/hast.490
44. Westerhaus M, Finnegan A, Haidar M, Kleinman A, Mukherjee J, Farmer P. The necessity of social medicine in medical education. *Acad Med*. 2015;90(5):565-8. doi: 10.1097/ACM.0000000000000571
45. Ventres W, Dharamsi S. Socially responsible medical education: the REVOLUTIONS framework. *Acad Med*. 2015;90(12):1728. doi: 10.1097/ACM.0000000000000872
46. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457–502.
47. UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda. Social protection: A development priority in the post-2015 UN development agenda. 2012. Accessed at: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/16_social_protection.pdf.
48. Lopéz Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Social determinants of health: perspective of the ALAMES working group on social determinants. *Soc Med*. 2008;3(4):253-64. Accessed at: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/271/529>
49. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. A framework for educating health professionals to address the social determinants of health. Washington, DC: The National Academies Press; 2016. doi: 10.17226/21923.
50. Ventres WB, Wilson CL. Beyond ethical and curricular guidelines in global health: attitudinal development on international service-learning trips. *BMC Med Educ*. 2015;15:68. doi: 10.1186/s12909-015-0357-7.
51. Ventres WB. The Q-list manifesto: getting things right in generalist medical practice. *Fam Syst Health*. 2015;33(1):5–13. doi: 10.1037/fsh0000100

Recibido: 6 de mayo de 2016

Aprobado: 7 de junio 2016

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos