

Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud*

Approach to the role of the social exclusion processes and their relation with health

Dra. María Raquel Agost Felip,^I DraC. Libertad Martín Alfonso^{II}

^I Universidad Jaume I. Castellón de La Plana, España.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El presente trabajo presenta un acercamiento desde la perspectiva teórica al análisis del modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005) en el que se destacan los determinantes estructurales, y dentro de estos el papel de los procesos de exclusión social como aspectos a tener en cuenta por su repercusión en la salud de grupos vulnerables. Se pretende argumentar la comprensión del problema a partir de la presentación de conceptos y modelos de exclusión social y exclusión en salud, lo que contribuirá a la vez al incremento del conocimiento del tema para los interesados.

Palabras clave: Determinantes sociales, exclusión social, exclusión en salud, exclusión social en salud.

ABSTRACT

The present paper presented an approach to the analysis of the Social Determinants in Health model of the World Health Organization from a theoretical perspective. It underlined the structural determinants and the role of the social exclusion processes as factors to be taken into consideration because of their impact on the most vulnerable groups' health. It was intended to support the understanding of this problem through the submission of concepts and models of

social exclusion and health exclusion, which will contribute to expand the knowledge of those people interested in this topic.

Key words: Social determinants, social exclusion, health exclusion, social exclusion in health.

INTRODUCCIÓN

La humanidad ha experimentado rápidas y profundas transformaciones en todas las esferas de la vida económica, cultural, social y política. La globalización y sus consecuencias macroeconómicas influyen en el aumento de las desigualdades entre los países y los grupos sociales, incrementa los conflictos, disminuye las posibilidades de empleo, las oportunidades y el respeto a los derechos humanos. Estas condiciones repercuten en el campo de la salud y aumentan la responsabilidad de la sociedad para garantizar los cuidados a toda la población.

La crisis económica a nivel mundial provoca un debilitamiento de los esfuerzos para enfrentar por parte del Estado, de modo colectivo, los problemas de salud y ha agudizado la llamada "crisis de la salud pública". Para su eliminación se han propuesto, desde hace varios años, diferentes aportes apuntando hacia la necesidad de nuevos paradigmas en la comprensión y solución de los problemas de salud en el terreno teórico y práctico.¹

La reflexión en torno a los problemas de la salud pública con temporánea propone que se analice de manera crítica y profunda los determinantes de la crisis y se realicen proposiciones de políticas globales de salud que actualicen sus concepciones y prácticas. Diversas iniciativas deben estar enfocadas a la formación avanzada en salud pública, al perfeccionamiento de los recursos humanos y a la proyección de investigaciones e intervenciones dirigidas a mejorar e instaurar paulatinamente una nueva experiencia en este campo.¹

En dicho marco se inserta actualmente el enfoque de análisis de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). En este se intenta integrar los diferentes niveles y dimensiones desde los cuales se debe actuar para resolver muchos problemas que están en la base de las manifestaciones de las inequidades en salud. La perspectiva de trabajo con los DSS está respaldada por la Declaración de la Comisión de DSS de la Organización Mundial de la Salud (OMS) documento que traza una intención y un nuevo enfoque, el que conjuntamente con iniciativas y acciones, puede permitir instaurar una forma diferente de abordar y resolver los problemas de salud a nivel global.²

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un acercamiento desde la perspectiva teórica al análisis del modelo de DSS de la OMS en el que se destacan los determinantes estructurales, y dentro de estos el papel de los procesos de exclusión social como aspectos a tener en cuenta por su repercusión en la salud de grupos vulnerables. Se pretende argumentar la comprensión del problema a partir de la presentación de conceptos y modelos de exclusión social y exclusión en salud, lo que contribuirá a la vez al incremento del conocimiento del tema para aquellos interesados.

EL PROBLEMA

Construcción social de la salud

El concepto de salud ha evolucionado desde la definición de "ausencia de enfermedad" a un concepto un tanto utópico formulado por la OMS en 1978 con las siguientes palabras: "La salud es un bien estar físico, mental y social total y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades".³ Recientemente, se han formulado otras definiciones en las que se incluyen aspectos subjetivos y objetivos como el "sentirse bien", la "habilidad para la adaptación" o la "capacidad de funcionamiento autónomo."⁴

Con independencia del modo en que se define, la comprensión del concepto de salud se dirige hacia el lado positivo del proceso de enfermar, hacia el mantenimiento de las capacidades, habilidades y la integridad emocional que hace al individuo sentirse bien e incorporado plenamente a todas las esferas de la vida social, laboral y familiar.

En la salud se expresa la tendencia a la salutogénesis, hacia la búsqueda y provisión de recursos de diversa naturaleza que protegen contra la posibilidad de enfermar o permiten recuperar el estado de bienestar una vez perdido. El análisis conduce a prestar atención al polo de la vulnerabilidad o propensión a enfermar, el que considera todos aquellos factores que aumentan la probabilidad de la aparición de la enfermedad, que ponen en peligro o amenazan la condición de salud de las personas. Estos actores rebasan el enfoque biologicista o medicalizado del proceso salud enfermedad e introducen el importante papel de lo social y lo psicológico en la comprensión de la producción y construcción de la salud. Este es entonces un análisis mucho más complejo y multidimensional (Martín Alfonso L, 2009. Consideraciones conceptuales sobre los determinantes sociales de la salud para la acción intersectorial. Ponencia presentada en el Taller Internacional de Intersectorialidad en la práctica social. La Habana).

De modo que: ¿en virtud de qué habría que construir la salud? Consideramos que sería necesario analizar instancias y niveles tales como:

- La estructura social, económica y política de la sociedad. Según *Benach* y otros, los principales determinantes que condicionan la salud y la enfermedad derivan de los efectos de la desigualdad en la distribución del poder económico y social y sus remedios deben ser políticos (Benach J y Mustelier C. La salud inseparable de la política. En: Aprender a mirar la salud. Editorial El viejo topo;1995).

- La desigualdad en la distribución de los recursos, las condiciones de pobreza, alimentación, vivienda, higiene, la falta de acceso a los servicios de salud por inexistencia o altos costos, condicionan desde la estructura social las desigualdades en salud. Es decir, la influencia de la posición social ocupada por los actores y los mecanismos de redistribución de los recursos, el acceso al trabajo y a los servicios. La salud debe ser parte esencial de la voluntad política del estado y la sociedad en general y reflejarse en acciones y estrategias que la materialicen.

- Condiciones sociodemográficas. Las variables demográficas se mezclan con el componente social. El sexo biológico deriva en una construcción de género que influye en la salud. La edad se traduce en desventajas para los ancianos y los niños que se convierten en poblaciones más vulnerables, así ocurre con las diferentes ocupaciones laborales.

- Redes de interacción grupal social, familiar y cultural. Las redes de interacción a nivel de grupos sociales en los que participan las personas constituyen referentes comportamentales y culturales de gran valor para la comprensión de la salud. También las desigualdades sociales se expresan a nivel de grupos, los que requieren intervenciones diferentes. Por ejemplo, el grupo familiar se convierte en una de las principales fuentes de apoyo para la conservación y recuperación de la salud de sus miembros y en esta se organizan diferentes bienes y servicios consumidos por la misma que traducen condiciones y calidad de vida particulares de cada familia.⁵

- Salud biológica. La influencia del conjunto de factores sociales y ambientales depende de la resistencia biológica del organismo.⁶

- Comportamientos y recursos personales. El ser humano es una unidad biopsicosocial en el que las influencias de todas las condiciones sociales de vida se hacen subjetivas a través de su conformación psicológica individual que permite desplegar la capacidad de un funcionamiento comportamental responsable o no con la salud. El estilo de vida se construye de manera individual y expresa el modo y las condiciones de vida de las personas así como el papel de función reguladora de la personalidad como variable que interviene en el afrontamiento a la vida, propiciando salud. Es decir, se trata de ver en la comprensión de la salud no solo la resistencia biológica sino también la resistencia personal. (Martín Alfonso L, 2009. Consideraciones conceptuales sobre los determinantes sociales de la salud para la acción intersectorial. Ponencia presentada en el Taller Internacional de Intersectorialidad en la práctica social. La Habana).

El carácter complejo del concepto y su comprensión en toda su integridad compromete a las disciplinas de las ciencias biológicas, las ciencias sociales y las ciencias humanas,⁶ es muy importante aproximarnos a una conceptualización que exprese teóricamente esta naturaleza compleja y permita su traducción en acciones prácticas encargadas de la producción social de la salud con la participación y aporte del cuerpo de conocimientos de todas las disciplinas científicas implicadas, sin esquematismos, ni absolutismos.

Determinantes Sociales de la Salud

El enfoque de los DSS emerge como un modo de resaltar las limitaciones de las conceptualizaciones y las intervenciones orientadas básicamente a los riesgos de la enfermedad en los individuos.

Como hemos apuntado antes en relación con el concepto de salud, en este enfoque también son muy importantes las formulaciones y sus tentaciones teóricas a partir del sistema de conocimientos de diversas disciplinas científicas necesarias para el accionar en salud pública, lo cual implica tener en cuenta diferentes perspectivas. Se ha señalado la perspectiva económica, la social-comunitaria y comportamental, la antropológica-cultural, la política y la ética.⁷

Desde la perspectiva económica, es necesario enfatizar en la correlación entre salud y clase social y entre la posición en el trabajo y el estado de salud. La pobreza, guerra, racismo, desigualdad de género, programas de ajuste estructural, desplazamientos y migraciones, son identificados como determinantes de riesgo para la salud de las poblaciones. La perspectiva social comunitaria y comportamental, inserta a las personas en familias, grupos sociales y modos de vida. La evidencia de disparidad social entre grupos, y en los grupos se relaciona con desigualdades en salud y bienestar. La desigualdad social y económica ejerce

una influencia directa sobre el contenido de las relaciones sociales y sobre la densidad de la cohesión social. También se fundamenta en el estudio de las relaciones entre los comportamientos de las personas y la aparición de problemas de salud.

Desde la perspectiva cultural, se hace énfasis en el papel de las representaciones, actitudes y sistemas de explicaciones de las personas, relativos a las enfermedades y las diferencias introducidas por la multiculturalidad en los problemas de salud. La perspectiva política abarca el papel del contexto sociopolítico y la voluntad de los gobiernos y los sistemas de salud en la generación de políticas y programas enfocados o no a las desigualdades de salud y a contribuir a mantenerlas o erradicarlas, mientras que la perspectiva ética se centra en la consideración de los valores personales y las experiencias subjetivas en la salud de las personas, lo que destaca la salud como un valor y un derecho inalienable para todos.

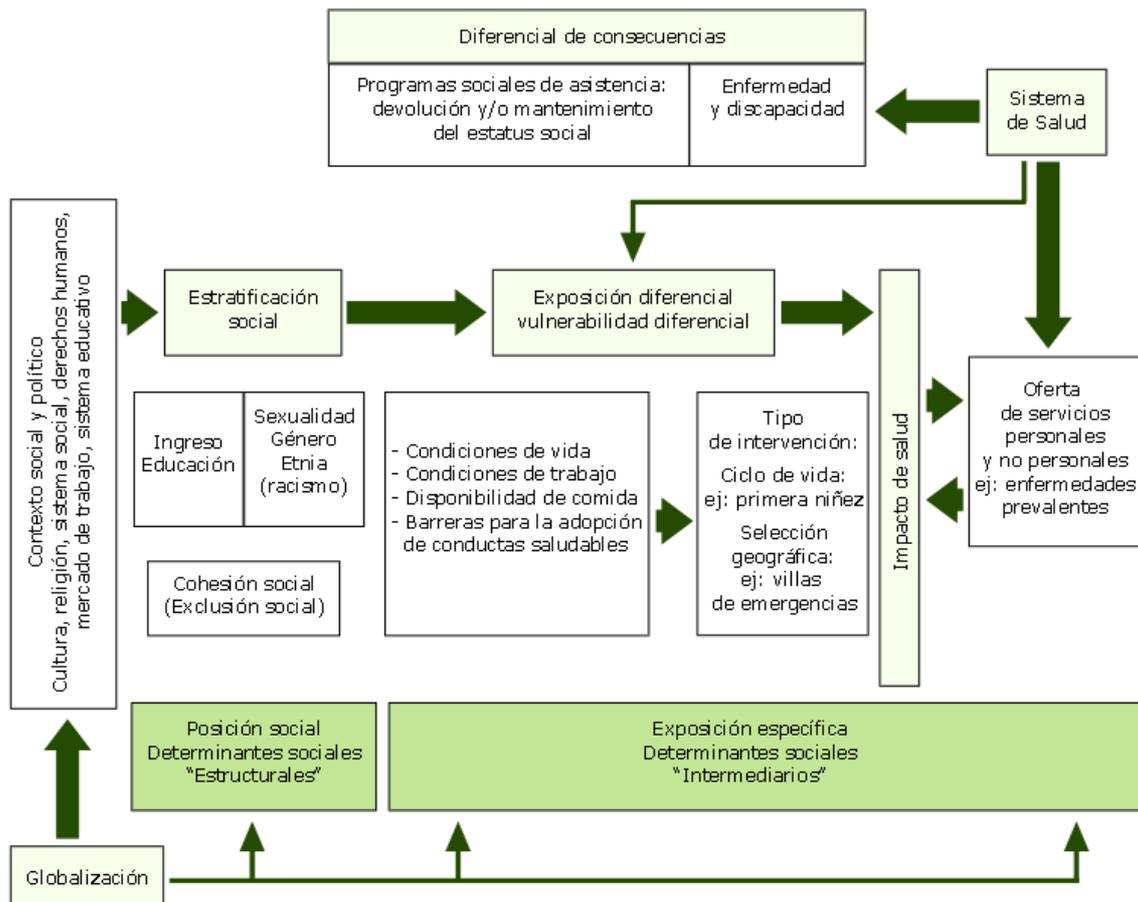
Los DSS se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Los DSS apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud.⁸ Los modelos clásicos de determinantes de la salud han considerado el papel de lo social en la producción de la salud, eso es innegable, sin embargo el enfoque de los determinantes sociales centra el énfasis en las causas que actúan desde el contexto socioeconómico y macroestructural más general en que se desenvuelven las poblaciones y los individuos las cuales son fuente de las inequidades en salud.^{8,9}

Se han planteado varios modelos de DSS. Ha sido muy citado el de *Dahlgren* y *Whitehead* denominado de *influencias distribuidas en capas*, el que trata de ilustrar las interacciones entre los diferentes niveles de condiciones causales, desde el nivel general hacia niveles particulares y un nivel singular, que contempla lo personal y específico.^{8,9}

A partir de los diferentes modelos de DSS, se propuso por el Equipo de Equidad de la OMS como marco conceptual para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, un modelo sintético representado en la figura 1. En este se destaca el papel del contexto social y político incluidas las instituciones políticas y los procesos económicos que dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales.

Los grupos se estratifican según los niveles de ingreso, la educación, el estado profesional, el género, el grupo étnico, la cohesión social, así como la inclusión y la *exclusión social*. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como *determinantes estructurales* de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en salud.^{8,9}

Las posiciones socioeconómicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud que genera una exposición y vulnerabilidad diferenciales en factores que influyen en la salud. Estos son los *determinantes intermediarios*, entre los que se encuentran condiciones materiales como la situación laboral, de vivienda, disponibilidad de alimentos, circunstancias psicosociales, factores conductuales. El sistema sanitario en sí mismo debe comprenderse como un determinante intermediario.^{8,9}



Fuente: Ob.cit.8.

Fig. 1. Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud OMS.

Exclusión social

Los niños, adolescentes, mujeres, las personas con discapacidad, la población indígena, rural y aquella en situación de extrema pobreza, son reconocidos como grupos tradicionalmente excluidos.¹⁰ Además de estos colectivos, los inmigrantes han ocupado la atención en programas de trabajo como personas en condición de exclusión social (Agost Feli p M. Exclusión social: una experiencia de intervención sociolaboral. Proyecto Accord. Castellón de la Plana. 2004).

Diversas razones justifican la vulnerabilidad en los principales grupos de riesgo a la exclusión social. Las personas con discapacidad física o psíquica pueden presentar dificultades de acceso a recursos psicosociales, escasos recursos económicos o educativos, problemas sociales de incomunicación, soledad y aislamiento y si viven solos, pueden tener dificultades de seguir el tratamiento. Las personas *sin techo*, constituyen un grupo social sin recursos económicos, no tienen hogar, ni apoyos sociales, tienen problemas de alcoholismo u otras adicciones, aislamiento, marginación e invisibilidad. Son un colectivo con graves problemas de exclusión social al que, habitualmente, las instituciones sociales consideran con escasas posibilidades de solución y se limitan a ofrecerles albergues o comedores sociales para cubrir sus necesidades básicas.¹⁰

Los inmigrantes son un grupo especialmente vulnerable. El proceso migratorio está ligado, generalmente, a condiciones precarias que afectará el estado de salud influenciado por factores ambientales, económicos, sanitarios y de género, entre otros.

Los ancianos son personas muy vulnerables por distintas razones, entre estas, pueden carecer de apoyo social por vivir solos o aislados, presentar limitaciones físicas (incapacidades, minusvalías) o carencias sociales y culturales. También en los desempleados de larga duración se generan problemas sociales, económicos y personales, que los pone como grupos en riesgo de exclusión. Otros grupos sociales vulnerables en este sentido son los drogodependientes, los enfermos de VIH/sida, los que ejercen la prostitución, los alcohólicos y los expresidarios.^{10,11}

La influencia de la Unión Europea en la generalización del concepto de *exclusión social* ha sido remarcada por numerosos investigadores sociales, así como la primera aparición del término en 1989 en el II Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza. Progresivamente, el término *exclusión social* se fue consolidando en documentos (Comisión Europea, 1993 y 1994, respectivamente) en los que se enfatizó el carácter estructural de este proceso y se caracterizó por su dinamismo y multidimensionalidad, dada su conexión no solo con las situaciones de desempleo y rentas insuficientes sino con los problemas de vivienda, niveles y oportunidades de educación, salud, y la integración social. Esta sustitución progresiva ha producido abundantes aportaciones sobre la distinción y similitud de los conceptos pobreza y exclusión.¹²

Pobreza y exclusión social son conceptos que se han empleado indistintamente, se han diferenciado, se han utilizado como complementarios sin que exista claramente un consenso sobre su distinción o similitud. Se atribuye el acuñamiento del concepto *exclusión social* al francés René Lenoir en su obra "Les Exclus: un Français sur dix" (1975), donde estimaba que uno de cada diez franceses podía considerarse excluido e identificó incluso los grupos sociales en cuestión.¹²

La *exclusión social* se define como un proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven, como los obstáculos que encuentran determinadas personas para participar plenamente en la vida social, viéndose privadas de una o varias opciones consideradas fundamentales para el desarrollo humano.¹²

El concepto de *exclusión social* es multidimensional, y sus dimensiones pertenecen fundamentalmente a tres áreas: los recursos económicos, las relaciones sociales y los derechos legales. En cuanto a la dimensión económica, se señalan los ingresos insuficientes, la falta de acceso a los recursos, la inseguridad en el empleo o el desempleo. La dimensión social se refiere a la ruptura de los lazos sociales y familiares, fuente de capital social y de mecanismos de solidaridad orgánica y comunitaria, la marginación social, la alteración de los comportamientos sociales, la falta de participación en las actividades sociales y políticas y el deterioro de salud. La dimensión política se expresa en la carencia de poder, la falta de participación en las decisiones que afectan la vida cotidiana, la ausencia de participación política y escasa representatividad.¹⁰

Los procesos de exclusión social presentan dimensiones e incluyen los factores personales, subjetivos y psicológicos. El modelo de García Roca,¹³ se caracteriza por presentar una dimensión estructural o económica identificada por la carencia de recursos materiales, derivada de la exclusión del mercado de trabajo, una dimensión contextual o social, especificada por la falta de integración en la vida familiar y en la comunidad de pertenencia y una dimensión subjetiva o personal

donde aparecen rupturas en la comunicación, debilitamiento de sentimientos vitales y síntomas de escasa satisfacción con la vida.¹³

Entre los mecanismos estructurales de producción de la exclusión se encuentra la persistencia del desempleo de larga duración, las consecuencias para el mercado laboral de los cambios en las sociedades industriales, el deterioro de las estructuras familiares, la evolución y las rupturas del sistema de valores, la tendencia a la fragmentación social y la evolución de los fenómenos migratorios (Agost Felip M. Exclusión social: una experiencia de intervención sociolaboral. Proyecto Accord. Castellón de la Plana. 2004).

Una diferencia muy generalizada es reservar la palabra *pobreza* para las situaciones de carencia económica y material mientras que el uso de la expresión *exclusión social* designa un proceso de carácter estructural que conlleva a limitar sensiblemente el acceso a un número considerable de personas a un grupo de bienes y oportunidades vitales. Es decir, mientras la pobreza se restringe a una sola dimensión, la económica; la exclusión integra una pluralidad de dimensiones (laboral, cultural, política y de salud). Se ha destacado que las ciencias sociales han ido adoptando progresivamente el concepto de exclusión social sin abandonar el de pobreza, marginación y privación.¹²

La exclusión social es un concepto y un fenómeno aún en construcción para las ciencias sociales contemporáneas, existe dispersión de acepciones que denotan diferentes comprensiones para un mismo proceso. Se ha comparado el concepto con otros cercanos como marginación, segregación, pobreza, y se concluye que el de exclusión cumple una función integradora y de síntesis, dado que intenta unificar la dimensión económica, la cultural, la social y la política en un solo marco de análisis conceptual.¹²

En el campo de las ciencias sociales se manejan términos como la inserción, la integración social, la promoción social y la inclusión social, como un modo de hacer frente a la pobreza y la exclusión. Cada uno de estos términos, tienen sus conceptualizaciones las que se tienden a manejar de manera predominante en dependencia del contexto.

Por otra parte, se debe señalar la tendencia creciente a emplear sistemas de indicadores sociales para la medición de la exclusión social. Al respecto existen varias propuestas ya sea en sentido amplio o para colectivos específicos como la infancia.¹²

A continuación centraremos el análisis del proceso de exclusión social en el modelo de *García Roca*,^{13,14} por ser un modelo que destaca, además de los ejes económico y social, un eje personal referido a las manifestaciones de orden psicológico, emocional, comportamental y de percepción de aspectos personales vitales implicados en los procesos de exclusión social. Esta es una dimensión que consideramos importante reconocer y destacar en el análisis de este problema a fin de lograr una visión integral del ser humano y su grupo en situación de desventaja social.

Para analizar el proceso de exclusión social, complejo y multidimensional, *García Roca*,^{13,14} concretamente propone el análisis de tres dimensiones: la económica, la social y la personal (Fig. 2), cuya ruptura da lugar a las situaciones de exclusión. Del mismo modo, considerando la exclusión como proceso, no podemos centrarnos solamente en aquellos que han llegado a las estadios finales del itinerario, sino también en los que se encuentran recorriendo un camino u otro, configurándose así tres zonas en este recorrido y, por extensión en el espacio social: zona de

integración o cohesión, zona de vulnerabilidad y zona de marginación o exclusión (Agost Felip M. Exclusión social: una experiencia de intervención sociolaboral. Proyecto Accord. Castellón de la Plana. 2004).

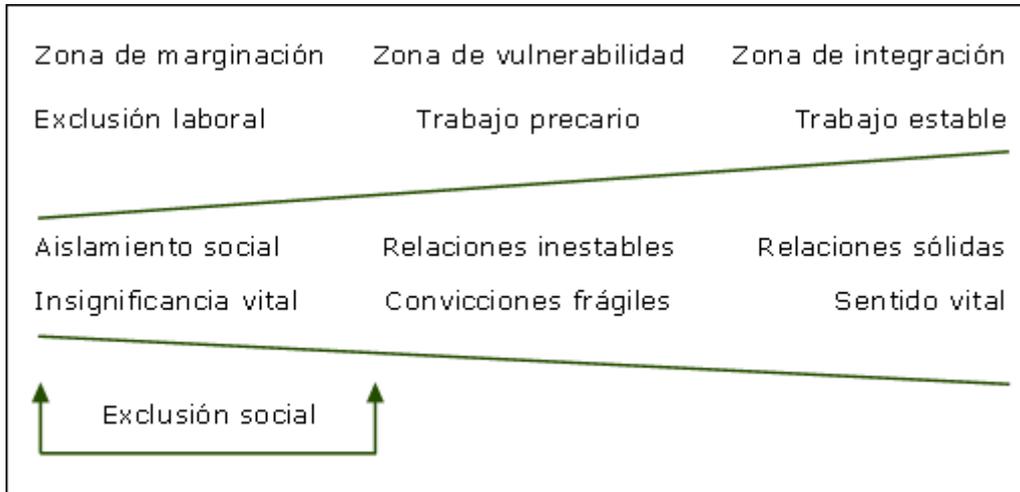


Fig. 2. Dimensiones y zonas del proceso de exclusión social.

El primer vector está compuesto por los elementos estructurales y se refiere a la *dimensión económica* de la marginación en un sistema de organización social que expulsa a grandes mayorías de beneficiarios, el autor la denomina exclusión laboral. La zona de la exclusión tiene hoy unas sendas evidentes en el paro, la distribución de la renta y la desprotección social. Los indicadores por antonomasia son las conmociones acontecidas en el mundo del empleo: escasez, precariedad, final del empleo y en la esfera de la distribución. Existen diferentes factores que contribuyen a empeorar la situación que en relación con el empleo tienen muchas personas de los países desarrollados, existen colectivos cuyos sectores se encuentran en reconversión, por lo que son susceptibles de entrar en un proceso de inestabilidad y vulnerabilidad; también existe una bolsa de personas que por diferentes motivos han quedado excluidas del sistema productivo, como los jóvenes que todavía no han accedido al primer empleo, los parados de larga duración o personas con algún tipo de discapacidad.

El segundo vector está compuesto por los elementos contextuales, se refiere a la *dimensión social* de la marginación. Esta segunda dimensión está caracterizada por la disolución de los vínculos sociales, la falta de filiación y la fragilidad del entramado relacional.¹³ A esta dimensión responden las estrategias de accesibilidad por la vía social, como el incremento de la red de apoyo social, la creación de vínculos y el sentimiento de pertenencia a una comunidad, entre otras. Los indicadores por excelencia son las conmociones acontecidas en la estructura familiar, la movilidad social, las redes sociales.

El tercer vector está compuesto por elementos subjetivos. Comprende la *dimensión personal* de la marginación, que para el autor,¹⁴ se traduce en la precariedad cultural caracterizada por la ruptura de la comunicación, la debilidad de las expectativas y la erosión de los dinamismos vitales (confianza, identidad, reciprocidad), que conllevan sentimientos de incompetencia y una menor participación e integración social. Los indicadores por antonomasia son las conmociones hoy acontecidas en la subjetividad, la fragilidad cultural para ofrecer sentido a la vida, el desánimo y el debilitamiento de la confianza, identidad y autoestima.¹³

Con respecto a las zonas del proceso de exclusión, podemos decir que cada una de estas se caracteriza por el despliegue de tres referentes que afectan la relación con el trabajo, la relación con las vinculaciones vitales y la relación con las significaciones que otorgan sentidos y motivaciones para vivir. Cada uno de los tres referentes se configura como un *continuum* que va desde el trabajo fijo, las vinculaciones estables y los significados plenos (zona de la cohesión) hasta el desempleo, la ruptura de las vinculaciones y el sinsentido de las motivaciones (zona de exclusión), pasando por la zona intermedia de la vulnerabilidad, en la que el trabajo, las relaciones sociales y las significaciones vitales se realizan de manera precaria, inestable y frágil.¹³

A continuación, un análisis más detallado de cada una de las tres zonas del proceso de exclusión:

- Zona de cohesión o integración social

La llamada sociedad industrial se basa en cuatro principios de inclusión, gracias a los cuales se ha mantenido cohesionada durante los dos últimos siglos: el trabajo productivo como principio de inclusión económica; el consumo como principio de inclusión social; la protección pública como principio de inclusión política y la competitividad como principio de inclusión cultural.¹⁴ Así pues, la zona que podemos considerar cohesionada de la sociedad ha sido aquella formada por todas aquellas personas con empleo estable, con capacidad de consumir bienes sociales, protegidas ante los diferentes riesgos y que pueden competir en la vida.

- Zona de vulnerabilidad

Desde mediados de la década de los ochenta, se han tambaleado todos y cada uno de los principios de integración establecidos por la sociedad industrial, su convulsión ha sido de tal grado que nada ni nadie se ha podido librar de la turbulencia. Y de este modo, ha aparecido una nueva *vulnerabilidad de masas*.¹⁴

- Las convulsiones acontecidas en el mundo laboral (precarización del empleo y el paro), la convulsión del desarrollo consumista (demostración de progreso económico y limitación de los recursos del planeta) y las convulsiones del Estado del Bienestar, son los tres pilares sobre los que se sustenta la zona de vulnerabilidad dentro de los procesos de exclusión social. Junto a estas convulsiones laborales, del consumo y del Estado, el individualismo se suma como un importante factor de vulnerabilidad. Por una parte, la emergencia del sujeto y su autonomía pero, por otra parte, significa también la presencia de una cultura que persigue el propio interés y desconfía de todas las formas colectivas de pertenencia.

- Zona de exclusión

Tres circuitos resultan decisivos para entender la forma actual en la que se produce la exclusión, cada uno de los cuales es como una onda expansiva sobre el resto de la sociedad: los factores estructurales, que conforman una organización excluyente, los factores contextuales, que cristalizan en contextos deshabilitantes y los factores motivacionales, que hacen frágil los dinamismos vitales.¹³

Las zonas del itinerario de exclusión han sido recreadas en un continuo que va de la integración a la exclusión. La primera es la zona de integración en la que se situarían aquellos individuos que cuentan con un trabajo estable y un sistema relacional sólido tanto a nivel familiar como vecinal. La segunda es una zona de vulnerabilidad y, por lo tanto, inestable, caracterizada por la precariedad, los

trabajos temporales, el desempleo y en el plano relacional, por la fragilidad de los soportes familiares y sociales. Finalmente, la zona de marginalidad o exclusión que se caracteriza por la ausencia de trabajo y aislamiento social (Agost Felip MR. Economía social y desarrollo. Material docente. Máster Universitario de Cooperación al Desarrollo. Universidad Jaume I. 2010.).

Algunos autores consideran cruciales las eventuales intervenciones públicas (asistenciales o de inserción) así como la ubicación de las personas en redes sociales que proporcionen ayudas o estímulos a la inserción a la hora de transitar desde una zona de vulnerabilidad hacia la integración o hacia la exclusión (Agost Felip MR. Economía social y desarrollo. Material docente. Máster Universitario de Cooperación al Desarrollo. Universidad Jaume I. 2010.).

Exclusión social y salud

Como ya se ha comentado, la exclusión social se considera un determinante social estructural que determina desigualdades en salud. Esta se ha intentado vincular con problemas de salud específicos, por ejemplo con las enfermedades cardiovasculares, sobre las que se plantea la interrogante de si la exclusión social juega un papel determinante en la elevada incidencia de muerte súbita cardiaca en la era actual y si factores de índole políticos son de abordable impostergable en virtud de lograr resultados favorables en la disminución de la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades; se apunta que los costos por concepto de atención médica de urgencia ante una dolencia cardiaca, y la toma de decisiones en relación con conductas de intervención, llaman aparejado la condición social de quien la sufre.¹⁵

También se señala la exclusión social como un concepto útil para comprender las experiencias sociales de aquellos con problemas de salud mental y la necesidad urgente de un trabajo más conceptual y metodológico en este terreno.¹⁶

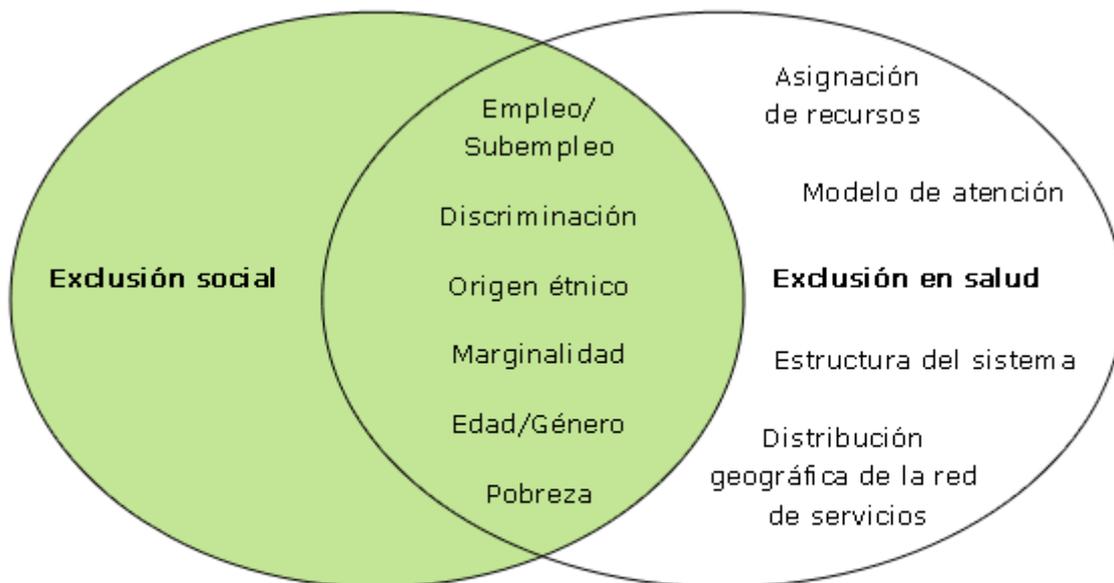
Desde hace algunas décadas, la OMS y la OPS han trabajado la exclusión en salud en el terreno teórico, metodológico y estratégico. A los efectos se definió la exclusión en salud como "la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan". De este enunciado se desprende que se trata de un fenómeno que involucra al sector de la salud y trasciende en él.¹⁷

A partir de la definición, se señalaron las siguientes proposiciones: la exclusión en salud es una entidad distinguible y susceptible de caracterizar, es posible identificar indicadores para medirla, puede a su vez ser utilizada como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud, y los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión si no que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de esta al interior de un sistema de salud.¹⁷

La exclusión en salud puede aparecer ligada a la pobreza, la marginalidad, la discriminación racial y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales que incluyen el idioma, la informalidad en el empleo, el subempleo y el desempleo, el aislamiento geográfico, en especial ligado a la vida del campo y a sus labores; la falta de servicios básicos como electricidad, agua potable y saneamiento básico y un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios.

Una de las manifestaciones de la exclusión social, definida como la falta de acceso a los bienes, las oportunidades y las relaciones sociales disfrutadas por otros, es la falta de acceso a los servicios de salud, de este modo se podría considerar que la exclusión en salud es una expresión de la exclusión social, lo cual se refleja en la literatura en el tema que presenta casos de exclusión en salud como un ejemplo de exclusión social. Algunos incorporan el componente de salud dentro de su definición de exclusión social. Por ejemplo, para el Gobierno Inglés,¹⁷ exclusión social es "lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebra en la estructura familiar."

Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central en la idea de exclusión social y que parece depender de variables más propias del sector, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. De este modo se pudiera concebir la exclusión en salud como una entidad distinguible, que no es posible explicar solo a través de la pobreza, la inequidad o la exclusión social (Fig. 3).



Fuente: Ob.cit. 17.

Fig. 3. Relación exclusión social y exclusión en salud.

Los estudios de caracterización de la exclusión en salud realizados en diferentes países de América Latina y el Caribe (República Dominicana, Guatemala, Honduras, Ecuador, Perú y Paraguay) ofrecen resultados que ilustran el panorama de este problema en sus respectivos contextos sociales, políticos y económicos.¹⁷ En estos se utilizó una guía metodológica para estudiar la exclusión social en salud, la cual constituyó una valiosa alternativa para el acercamiento a la constatación y sistematización de información sobre el tema.¹⁸

Es de destacar, a los efectos de esta publicación, que en dichos estudios se manejó el concepto "exclusión social en salud", (integrando los términos social y salud), para referirse a "las fallas que se producen en los sistemas de protección social en salud" y así destacar el papel de las intervenciones públicas o de otros actores de la sociedad orientadas a expandir la protección social que pueden contribuir a la reducción de las exclusiones en salud.¹⁹

La protección social en salud, la otra cara de la moneda de la exclusión social en salud, se define como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud y obtener acceso a los servicios en forma oportuna y de manera adecuada a través de alguno de los subsistemas de salud existentes. Esta definición considera el conjunto de mecanismos disponibles para que la población tenga acceso a la protección y cuidado de su salud mediante la asignación de recursos de diverso origen y no solamente como las medidas que toma el Estado para asegurar la atención de salud a través de la provisión pública de servicios. Es importante anotar que la definición no solo se refiere a garantizar acceso, sino también calidad y oportunidad de la atención.²⁰ La protección social en salud puede ser definida como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna.¹⁹

Se ha realizado un llamado a examinar los sistemas de protección social en salud en los países de América Latina de manera que se tracen políticas que realmente cubran las necesidades de salud de todos los grupos sociales.²¹ En este sentido es importante apuntar que el sistema de protección social en salud, particularmente en Cuba, requiere un análisis especial, pues sus políticas y acciones han contribuido a preservar la salud de la población a pesar de la crisis económica vivida en la década de los noventa. El modo de enfrentamiento a la situación de crisis y su potencial repercusión en la salud permiten considerar las mejores políticas y estrategias que se pueden utilizar para minimizar estos efectos.²²

El mundo contemporáneo vive una alarmante situación de crisis económica expresada de diferentes maneras, ámbitos y niveles de profundidad, no se avizoran con certeza mecanismos políticos y sociales a nivel global que contribuyan a resolver una situación que afecta cada vez más a todos. Por esto, los temas de protección, inclusión y su contraparte, la exclusión social, cobran cada vez más relevancia y atención para quienes se ocupan de trabajar en función del bienestar y la salud de los seres humanos que habitan un planeta puesto en riesgo de magnitud creciente.

No es casual que el tema de los DSS se haya retomado con tanta fuerza en los últimos años. Es importante y necesario investigar, proponer y ejecutar acciones, proyectos y estrategias que permitan reducir su impacto en la salud y la vida de las personas y los grupos.²³

Por último, nos preguntamos ¿por cuáles vías la exclusión social influye en la salud?, ¿en cuáles problemas de salud tiene mayor relevancia?, ¿en qué contextos se expresa de una forma y en cuáles de otra? Esto constituye un campo de indagación empírica susceptible de ser explorado y nutrirse con la constatación de datos a partir de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida Filho N, Silva Pai n J. La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales [Internet]. [citado 15 Sept 2011]. Disponible en: <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n75a345.pdf>
2. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Declaración provisional. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Ginebra: OMS; 2005a.
3. Conferencia Mundial de Salud en Alma-Atá. Ginebra: OMS; 1978.
4. González Menéndez R. La psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2004.
5. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 [citado 20 Sept 2009];29(1): 48-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Constandriopoulos A. Elementos para una topografía del concepto de salud. Universidad de Montreal. Revista Interdisciplinaria Salud. 2006;11(1).
7. OPS- REDET. Cinco caras de la nueva salud pública. Universidad de Montreal. (PPT). Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. Edición abril-julio. Washington, D.C.: OPS; 2009.
8. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo. Ginebra: OMS; 2005.
9. Moiso A. Determinantes de la salud. En: Barragán HL, editor. Fundamentos de la Salud Pública. Argentina, La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Editorial EDULP; 2007.
10. Del Campo G. Apuntes: Sociología de la salud. Exclusión social y salud [Internet]. Universidad de Alicante; 2011 [citado 15 May 2011]. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_sociolog_salud.htm
11. Estébanez E, Estébanez P. Exclusión social y salud. Balance y perspectivas [Internet]. Barcelona: Icaria Editorial, SA; 2002 [citado 20 Sept 2011]. Disponible en: <http://books.google.es/books>
12. Hernández Pedreño M. Exclusión social y de igualdad. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones; 2008.
13. García Roca J. Lo público y lo privado frente a la exclusión social: prácticas, discursos y narraciones. Madrid: HOAC; 1993.
14. _____. Contracultura de la solidaridad y Exclusión social: prácticas, discursos y narraciones. Madrid: HOAC; 1998.

15. Ochoa Montes LA . Exclusión social y muerte súbita. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 20 Sept 2009];36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R, Pinfold V, Priebe S. Exclusión social y salud mental: Revisión conceptual y metodológica. Br J Psychiat. 2007;191(6).
17. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie Extensión de la protección social en salud. Washington, D.C.: OPS; 2003.
18. Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud . Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Wash ington: OPS/ OMS; 2006.
19. Ministerio de Sa lud Pública y Asistencia Social/ Dirección Gen eral de l Sist ema Integral de Atención en Salud. Protección social en salud. Representación OPS/OMS en Guatemala: OPS/OMS; 2002.
20. Estudio Naci onal de Excl usión en Sal ud en Honduras. Protec ción y excl usión social en salud [Internet]. Wash ington: OPS; 2003[citado 20 Sept 2009]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Honduras_2003.pdf
21. Rosenberg H, Andersson B. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2000;8(1/2).
22. Hadad Hadad J L, Valdés Llanes E. Protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 20 Sept 2009];36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 20 Sept 2009];37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 10 de octubre de 2011.

Aprobado: 21 de octubre de 2011.

María Raquel Agost Felip. Universidad Jaume I. Castellón de La Plana, España.
Correo electrónico: ragost@psi.uji.es

* Este artículo es fruto de la estancia de Investigación en la convocatoria 2011 del Plan de Promoción de la Investigación de la Universidad Jaume I. España. Se enmarca en el proyecto de investigación "Análisis del apoyo social y del capital social" código 10I395.05 (Plan de Promoción de la investigación UJI-Bancaja).
