

El modelo social de la salud y su relación con la interseccionalidad de género

The social model of health and its relationship with gender intersectionality

Karla María González Mancera¹

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar el modelo social de salud a la luz de la perspectiva de género, con la finalidad de señalar las articulaciones teóricas entre el género como constructo y como determinante de salud social, así como la interseccionalidad como eje de análisis con los demás determinantes. Esto con la finalidad de reconocer en la transversalización de la perspectiva de género una estrategia analítica en problemáticas de salud de índole prioritaria que van más allá de los modelos de atención que existen hasta ahora en el sector salud en México a la necesidad de las mejoras en las condiciones de vida, la reducción de las desigualdades sociales mediante el trabajo de los determinantes de salud de las comunidades.

Palabras claves: Salud, comunidad, determinantes sociales, dignidad, desigualdad, equidad, enfermedad.

¹ SUAyED, Carrera de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo: karla.gonzalez@iztacala.unam.mx

Abstract

The aim of this article is to analyze the social model of health through a gender perspective, with the purpose of highlighting the theoretical connections between gender as a construct and as a determinant of social health, as well as intersectionality as an analytical framework with other determinants. This is intended to recognize the integration of gender perspective as an analytical strategy in addressing priority health issues that go beyond the existing care models in the health sector in Mexico, towards the need for improvements in living conditions and the reduction of social inequalities through addressing the health determinants of communities.

Keywords: Health, community, social determinants, dignity, inequality, equity, disease.

Panorama histórico

Desde que el hombre se reconoce a sí mismo como un ser pensante son tres sus principales preocupaciones: la vida, la muerte y el proceso que ocurre entre una y otra. Y es que, algo claro debe tener el ser humano desde el momento que es arrojado al mundo, que indudablemente va a morir. No se sabe cómo, no se sabe cuándo, pero en lo que sí se puede tener influencia es en el proceso que se encuentra entre la vida y la muerte.

En épocas prehistóricas se consideraba a la enfermedad como castigo divino e incluso la muerte era parte de este castigo o el fin de este. Los encargados de determinarlo eran una especie de categoría sacerdotal llamados *Barú* (diagnosticadores), *Ashipur* (exorcistas) y *Asu* (sanadores o verdaderos médicos), precursores de la salud pública, separaban a los leprosos para que no contagiaran, utilizaban diagnósticos y prescripciones médicas, se regían por el código Hammurabi que es el conjunto de leyes más antiguas que estipulaban un castigo pa-

ra cada trasgresión de la ley y que contenían el correcto actuar de las personas entre ellas las que se dedican al cuidado de la enfermedad.

Igualmente, la civilización egipcia, consideraba la enfermedad desde una concepción mágica, también contaban con categorías sacerdotales que se encargaban de mediar con las divinidades: *Sacerdotes de Sejmet* (mediadores con la divinidad), *Sun-un* (médicos civiles) y los magos. Esta civilización creó una casta de ayudantes (*Ut*) precursores de la enfermería. En Egipto se crean los primeros hospitales bajo el modelo de salud pública gratuita, para todas las clases sociales y disponible en cualquier momento, estos lugares se convierten, además, en los centros de aprendizaje y de especialización de los futuros médicos.

Los hebreos, por el contrario, no concebían la enfermedad desde la magia sino desde la idea de Dios como responsable de la salud y la enfermedad, esta idea monoteísta ubicaba a Dios como el origen de todo mientras que los hindúes igualaban la enfermedad al karma, los hebreos pensaban que eran designios de Dios. India crea la Ayurveda, su concepción de la enfermedad se puede considerar mágico-religioso ya que consideraban la enfermedad como un karma (castigo de los dioses) y esta era transmitida a su descendencia.

Por su parte, la civilización China, crea el concepto del Tao (orden y equilibrio) y el Ying y Yang como dualidad opuesta, veían la enfermedad como la ruptura de ese equilibrio y el tratamiento como la restauración de este; la acupuntura, su principal aporte.

Para los griegos, la enfermedad era una alteración de los mecanismos naturales, se nace naturalmente sano y la alteración de esta sanidad es necesaria de investigarse, diagnosticarse y tratarse, aquí nace el método científico. Dejando de lado sanaciones y castigos divinos los griegos aparecen las primeras definiciones etimológicas de las enfermedades y el propio cuerpo. Uno de los aportes más grandes de la civilización griega es la medicina como ciencia.

Por otro lado, el mayor aporte de los Romanos al tratamiento de la enfermedad es la medicina experimental que genera la posibilidad de la prevención mediante la formulación de hipótesis del porque se generaba una enfermedad.

El método científico y la medicina experimental traen consigo el desarrollo de la medicina. Newton, Leibniz y Galeno fueron sus principales promotores. Bajo esta premisa de experimentación surge la primera vacuna contra la viruela, Edward Jenner, quien inocula con viruela a Phipps, un niño voluntario en 1796.

El segundo impulso de la medicina se lo da la revolución industrial, se crean las primeras academias de medicina, lugares especializados en la enseñanza, la investigación y la experimentación para el tratamiento de la enfermedad. El siglo XIX conocido como el siglo de la revolución médica por todos los descubrimientos médicos en favor de la cura y la prevención de enfermedades. Así como el siglo XX identificado como la era antibiótica, aportan elementos fundamentales para el tratamiento de la enfermedad.

Posiblemente, es en 1978 en la conferencia Alma-Ata en Kazajistán con el lema “Salud para todos año 2000” que se incorporan aspectos psicológicos y sociales a los biológicos, como determinantes de la salud. Esta conferencia marca el inicio de la atención primaria en salud y los inicios del trabajo multidisciplinario.

Sirva este recorrido histórico para contextualizar las distintas formas en las que se ha intentado, a lo largo de la historia, eliminar la enfermedad para recuperar la salud. Muchos e inimaginables han sido los retos que esto ha implicado para la humanidad, pestes, pandemias, muertes, sacrificios conllevan necesariamente a replantear si los caminos han contribuido de verdad al cuidado y la preservación de la especie humana o sea necesario rehumanizar la ciencia médica y los sistemas de salud en favor de una atención digna para cada persona.

La enfermedad: El enigmático problema

La enfermedad según la RAE (2024), está definida como *la alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debido a una causa interna o externa*. Como se ha relatado hasta este momento, históricamente se ha dado más importancia al estudio de la enfermedad, como curarla, como se desarrolla, como evitarla y poco se ha hecho por el estudio de la salud, como preservarla, como fortalecerla, como mantenerla.

El Dr. Hugo Spinelli especialista en Salud Pública, en una entrevista en (iSel TV, 2013), menciona que siempre que se habla de salud se piensa inmediatamente en la enfermedad y como curarla, pero, la salud no tiene nada que ver con la cuestión médica o la medicina sino con el transporte, con el medio ambiente, con la calidad del aire que respiramos, con los alimentos que consumimos, con el tránsito, con las relaciones interpersonales, la vivienda, etc. Es decir, con la articulación social en la que nos desarrollamos en el cotidiano, los niveles de desigualdad y colaboración que existe como sociedad para con los otros.

En este sentido, los modelos teóricos de la salud, contruidos para explicar la enfermedad y el cómo atenderla podrían ser la clave para entender la condición actual de la salud en México.

El modelo biomédico

Este modelo es considerado el modelo dominante en las áreas de la salud, heredero legítimo de la medicina tradicional, la forma en la que manejan al paciente, sus diagnósticos, tratamientos y sistemas de prevención, así como la forma de explicar la pérdida de la salud como una consecuencia de la enfermedad. Surge con la medicina hipocrática, para la cual la enfermedad es un desorden de la *physis* humana, examinable objetivamente.

El cuerpo humano es considerado como una máquina que funciona mediante mecanismos biológicos y que un mal funcionamiento es una avería de la máquina y la tarea del médico es reparar esta máquina utilizando las herramientas de la medicina. Esta manera de entender a los seres humanos termina por deshumanizarlo y comenzar a mirarlo como una máquina a componer, por tanto, el médico se coloca en el papel del que compone igual que en la antigüedad los antiguos sacerdotes *Barú*.

Para este modelo, las enfermedades son consideradas como el centro de la atención médica e institucional, que se resolvía mediante el entendimiento del proceso salud-enfermedad centrado principalmente en la enfermedad como fenómeno individual y específicamente biológico, por lo tanto, todos los factores que no sean de este tipo no están considerados dentro de este modelo como importantes. Además de que la enfermedad era considerada como un fenómeno individual, es decir, cuando alguien se enfermaba, era su enfermedad, la familia y el contexto a donde pertenecía no eran parte de la problemática. El modelo biomédico aísla al paciente con su “problema” para que sea el quien se haga cargo de su afección.

Este modelo estaba principalmente enfocado en patologías infectocontagiosas que era lo que prevalecía en la población mexicana hasta hace algunas décadas. Se encargaba de trabajar con esas patologías para erradicar la posibilidad de ciertas enfermedades potencialmente contagiosas fueran o se convirtieran en un problema grave para la población; la importancia de atender estas patologías infectocontagiosas se debía a que su falta de atención podía desencadenar pandemias como la que se vivió en 2020 a nivel mundial.

Para finalizar, el principal objetivo del modelo biomédico era curar las enfermedades sobre todo las infecciosas, eliminar los microbios como agente causal único, evitando con esta erradicación catástrofes, pero, dejando de lado la prevención. A diferencia del modelo conductual que sitúa los factores de riesgo como uno de los ejes de abordaje del problema.

El modelo conductual

Modelo que se enfoca en la modificación de comportamientos inadecuados hacia la salud preventiva buscando componentes adecuados que lleven al individuo a realizar los cambios necesarios para recuperar su salud superando la enfermedad. Este modelo se enfoca en las causas de la enfermedad y en la relación de la persona con esta, identificando cuales son los comportamientos que han llevado al individuo a enfermar.

No se concibe un solo modelo sino diferentes modelos teóricos de conductas, estos modelos se centran en la promoción de la salud enfocada en modificar conductas inadecuadas promoviendo conductas saludables que, con la repetición y el paso del tiempo se conviertan en hábitos y estos hábitos se conformen en un estilo de vida saludable.

Los factores en los que están basados prácticamente estos modelos se enfocan en los comportamientos de riesgo, esto precisamente para tratar de contrarrestar aquello que el modelo biomédico no consideraba. Explicar la salud desde la noción del riesgo implica retomar los factores que colocan al individuo en peligro y la causalidad centrada fundamentalmente en el comportamiento individual, es decir, dentro del modelo conductual es responsabilidad del individuo estar bien y controlar los riesgos que hay en el entorno para no enfermarse.

Ejemplos de estos modelos son:

El modelo de creencias de salud, que se enfoca en la percepción de riesgo sobre la enfermedad y en la evaluación de los cambios conductuales que el individuo debe realizar para contrarrestar el riesgo.

Teoría de la conducta planificada: propone que el comportamiento se explica por las intenciones y que estas, a su vez, están determinadas por actitudes, percepciones normativas y de control Peña-y-Lillo, M. S. (2019).

Ambos modelos, el biomédico y el conductual todavía están presentes en las instituciones de salud en México, su esencia se encuentra articulada en la estructura hospitalaria y los modelos de intervención, así como las políticas públicas. La propuesta del modelo de determinantes sociales nace justamente de esta intención de no solamente ver las patologías, el comportamiento individual o la responsabilidad personal que tenemos sobre nuestra salud. No obstante, cuando entramos en terrenos de la interseccionalidad y la transversalidad saltan a la vista cosas de las que los individuos no tienen conciencia y mucho menos control, de esta manera, el modelo de determinantes de salud social coloca a la salud como el producto de un proceso social, no solo el producto de una serie de comportamientos repetitivos (estilo de vida) sino todo aquello que se encuentra en interacción con el individuo, inclusive antes de su nacimiento.

Los factores de riesgo y vulnerabilidad son dos atributos, explican claramente la desigualdad en la forma de enfermar y morir del ser humano; el modelo conductual se aproximó al trabajo desde la atención de los riesgos solo que, de manera individualizada desde la responsabilidad del paciente, a diferencia del modelo social de la salud.

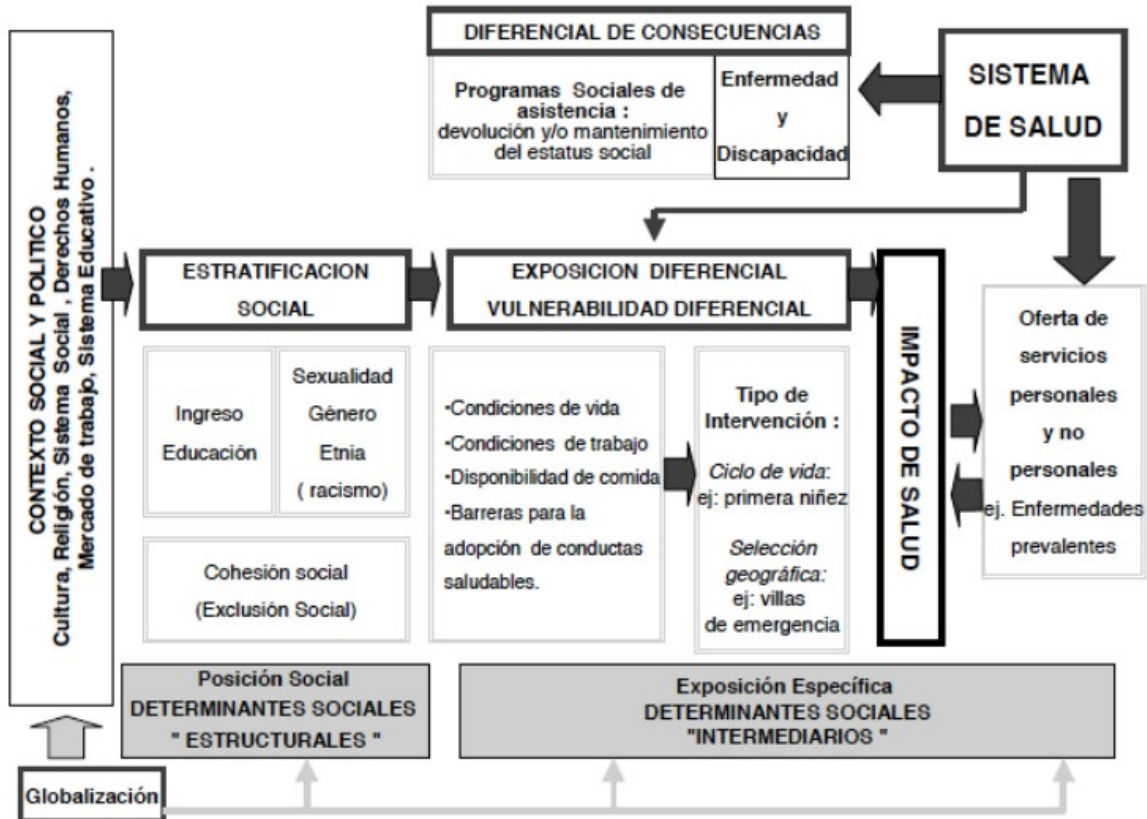
El modelo social de salud: de lo individual a lo colectivo

El modelo social de la salud se fundamenta en el análisis y el reconocimiento del papel elemental de los determinantes sociales de la salud, definidos por la OMS como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OPS , 2009).

Durante la década de los 70s del siglo pasado se publicó el Informe Lalonde (Informe Lalonde, 1974, citado en Gutiérrez, 2022), en el cual se identificaban las causas principales de la enfermedad y muerte, en este informe se llegó a la conclusión de que su origen se encuentra en los siguientes componentes, enlistados por orden de importancia:

1. estilos de vida
2. biología humana
3. medio ambiente
4. sistemas de salud

Siendo los sistemas de salud aquellos en los que se ha intentado incidir desde el punto de vista clínico, se ha pasado por alto que son otros tres factores los de más incidencia aquellos que problematizan la salud de las personas y las comunidades como lo explica el modelo de la comisión de determinantes sociales de la OMS (ver figura 1).



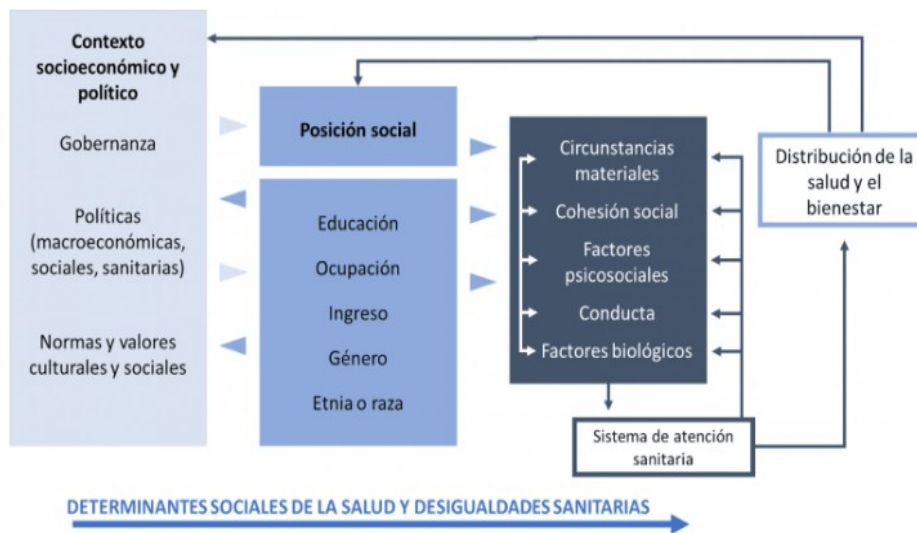
Determinantes sociales de la salud

Se dividen en dos, los estructurales y los intermedios, los estructurales operan condicionando a los determinantes intermedios.

Estructurales: Comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, el gobierno, las políticas macroeconómicas y sociales, así como las públicas, la cultura, los valores y las condiciones socioeconómicas, como son la clase social, sexualidad, etnicidad, educación, ocupación, ingresos que se traducen en inequidad según sea esta posición para el individuo, su familia y comunidad a la que pertenecen. Aquí podemos enfocar la interseccionalidad como un eje de análisis que funciona como herramienta evaluadora de la desigualdad y las discriminaciones múltiples de las que se puede llegar a ser objeto.

Intermedios: referentes a la vulnerabilidad material, psicosocial, conductual y/o biológica, así como la cohesión social de la persona, Son prácticamente las condiciones de vida, laborales y alimentarias particulares de la persona.

Este modelo no fija su objetivo en evitar la enfermedad o curarla, sino en la promoción de la modificación de los determinantes sociales ya que considera que esta modificación cambiara el problema de raíz como puede verse en el Marco conceptual de la CDSS (ver figura 2).



Marco conceptual de la CDSS. Adaptado de Commission on Social Determinants of Health. "Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". OMS 2008

Siendo un objetivo de este modelo el acortar las desigualdades sociales, el género se convierte en un factor social determinante. Ya que, al tratarse de una construcción social, los roles y estereotipos, se ha naturalizado en diferentes espacios dentro de la misma comunidad.

Considerando que el género se refiere a aquellas características de los hombres y mujeres que están socialmente construidas, mientras que sexo designa características biológicamente determinadas (WHO, 2002). Sería entonces el género aquel determinante que, sobrepujado a la condición biológica de la especie humana determina la forma de vivir su experiencia en el mundo.

El género se construye dentro del binarismo masculino/femenino que se ciñe a la expresión del ser mujer u hombre según sea el caso. Asigna y jerarquiza roles y formas de comportamiento dentro de las esferas pública/privada que coloca a hombres y mujeres en una jerarquía desigual poniendo como pretexto la cuestión biológica. Por otro lado, cuando se habla de desigualdades de género en salud se refiere a las diferencias en el estado de salud o riesgo de contraer enfermedad entre hombres y mujeres, que se ven influidas por sus circunstancias sociales y que en diferentes contextos colocan a hombres y a mujeres en posiciones de subordinación, discriminación y desigualdad, los cuales se traducen en riesgos mortales o mayores exposición ante enfermedades por el seguimiento de los roles impuestos a su sexo.

Se reconoce que la salud entre hombres y mujeres puede ser distinta porque existen factores biológicos, genéticos, fisiológicos, hormonales y hereditarios que no pueden cambiarse. Aun así, es más probable que aquellos determinantes sociales que interseccionan a hombres y mujeres los coloquen en situaciones riesgosas para su salud. Si bien es cierto que, la esperanza de vida en mujeres es más alta que en hombres esto no significa que vivan esos años “extras” de manera plena o saludable.

El nacer hombre o mujer no debería mediar el acceso a la salud, los estereotipos de género condicionan el actuar de las personas no solo hacia las relaciones interpersonales sino a la autopercepción del sí mismo. La estratificación de hombres y mujeres que genera el seguimiento acrítico de estereotipos probabilizan tener o recaer en enfermedades por rasgos de valentía de la masculinidad o de abnegación de la feminidad, casi siempre este seguimiento de estereotipos es asumido de manera automática por las personas por lo que el trabajo con este seguimiento acrítico de estereotipos es un trabajo de la perspectiva de género y se encuentra adherido al trabajo con los factores condicionantes vistos como espacios fértiles para el cambio.

Factores condicionantes de riesgo asociados al género

Se dividen en dos, los modificables y los no modificables (ver tabla 1)

Tabla 1.
Factores Condicionantes de Riesgo Asociados al Género

No Modificables		Modificables	
Edad	G	Estilos de vida	
Sexo	É	Factores ambientales	
Herencia genética	N	Factores económicos	
Grupo étnico	E	Condición sociocultural	
	R	Factores de alimenticios	
	O	Condición Psicoemocional	

El ser humano por el simple hecho de nacer hombre o mujer ya cuenta con factores no modificables predisponentes a la enfermedad, esto significa que por el hecho de ser mujer u hombre debe tomar cuidado de esas problemáticas que están adheridas a su sexo y que debe tomar en cuenta esta condición biológica para el trabajo con los factores que si puede modificar.

La tabla 1 enlista los factores modificables y no modificables, el género se convierte en un factor transversal ya que, es, de acuerdo al género que se establecen diferencias en los estilos de vida (alimentación, actividad física, diversión, ingesta de alcohol, hábitos higiénicos, conducta sexual, recreación, sueño o descanso). Los factores económicos (fuentes de empleo, ocupación, experiencia profesional, ingresos/gastos, traslado). Condiciones socioculturales (nivel educativo, lugar de estudios, religión, agrupación política, tradiciones comunitarias, mitos de la comunidad).

Los factores alimenticios se rescatan en dos grandes grupos: los alimenticios y los nutricionales. Dentro de los alimenticios (la capacidad de compra, accesibilidad a los alimentos, preparación de menús, comercialización, conservación de alimentos, costumbres) encontramos aquellas condiciones que se encuentran en torno a los alimentos y en los nutricionales (selección de alimentos, formas de cocinar) en este caso si se prefieren ciertos alimentos, comida chatarra, comida rápida o callejera. Los factores psicoemocionales consideran las condiciones de estrés, el aislamiento, inteligencia emocional, competencia, expectativas de vida, valores, familia, pareja, redes de apoyo.

Conclusiones

La interseccionalidad se ha encargado de hacer notar todas y cada una de las diferencias que sitúan a hombres y mujeres en condiciones desiguales hacia el mantenimiento de la salud. La transversalización del género apoya la justicia social en razón de dotar de las herramientas necesarias a cada quien. Visto que, son los determinantes sociales de la salud esas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven y se desarrollan en la vida cotidiana debe ser en estos donde se trabaje para potencializar la salud y dejar de invertir grandes cantidades en recursos para curar la enfermedad.

No se elige donde se nace, ni la familia a la que se pertenece, por tanto, la multiculturalidad es un escenario asignado de manera fortuita. Las formas de vivir de hombres y mujeres están articuladas por el lugar, el contexto social, la cultura, la situación económica, la condición de la vivienda, la situación familia, la condición laboral, entre muchas otras cualidades interseccionales del ser persona, de poco sirve un sistema de salud perfecto cuando todas las condiciones sociales de las personas no mejoran. La atención y el cuidado de la salud no se gestan en el sistema de salud o por sus profesionales, ellos no son los responsables de la salud de la persona sino la persona y sus determinantes sociales.

La desigualdad es una condición establecida desde el nacimiento, no se decide se asume y es responsabilidad del estado trabajar en los determinantes sociales que la reduzcan mediante la equidad y la justicia social, de esto depende el desarrollo de un país.

Para el modelo de salud social, la salud es una expresión de justicia social, una cuestión bio-ética que necesariamente se debe mirar desde la cultura de la equidad, las mismas herramientas no son útiles para todos, se requiere identificar las necesidades de las comunidades para atenderlas en lo particular.

Este modelo no fija su objetivo en evitar la enfermedad sino es medir la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre los individuos o comunidades debido a sus determinantes sociales para, mediante la justicia social proveer de lo necesario para lograr dicha justicia. La mirada medicalizada e individualizada del trabajo de la salud no está en concordancia con este modelo porque atenta además con la dignidad del ser humano.

Para finalizar, la dignidad consiste en que ningún ser humano sea considerado como objeto, medio, o mercancía como es considerado en el modelo biomédico o conductual por las grandes industrias farmacéuticas y hospitalarias que comercializan con la salud de hombres y mujeres para generar más y más capital. Un sujeto digno se establece en la trascendencia de la corporalidad y la validación de las condiciones socioculturales como medios para lograr personas más autónomas. Esta autonomía solo será posible en términos de dignidad, entre más dignos sean los habitantes de un país menos recursos necesitará invertir para tratar la enfermedad y erradicar la desigualdad.

Referencias

- Declaration of Alma-Ata (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
- Goberna J (2004). La Enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Index Enferm* [online]. vol.13, n.47, pp.49-53. ISSN 1699-5988.
- Gutiérrez Marmolejo, J (2022). A 47 años del Informe Lalonde. Desarrollos, retos y perspectivas contemporáneas en la promoción de la salud de Canadá. Primera edición, Universidad Autónoma de la Ciudad de México México. <https://www.repositorioinstitucionaluacm.mx/jspui/bitstream/123456789/2271/1/A%2047%20a%C3%B1os%20del%20Informe%20LalondeWEB.pdf>
- ISel TV. (13 de 09 de 2013). Dr. Hugo Spinelli - Salud Colectiva - Isel TV [video]. Argentina, Argentina.
- Lain E (1968). Historia de la medicina. Barcelona: Masson.
- OPS. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Peña-y-Lillo, M. S. (2019). Utilidad de la teoría de la conducta planificada para entender el consumo de frutas y verduras: evidencia de estudios en adultos y adolescentes chilenos. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 10(1), 50-61. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.4332>
- RAE (2024). Real Academia Española. Obtenido de Real Academia Española. Recuperado en 1 de septiembre, 2014, de <https://dle.rae.es/enfermedad>
- World Health Organization (2002). WHO Gender Policy: Integrating Gender Perspectives in the Work of WHO. Annex 1, Gender Glossary. <https://iris.who.int/handle/10665/67649>