

APROXIMACIÓN A LAS DESIGUALDADES ESPACIALES DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN CHILE

Autor(es): Manuel Fuenzalida Díaz*; Víctor Cobs Muñoz** y Minerva Miranda Ferrada***

*Doctor en Geografía; **Geógrafo; ***Ingeniero Estadístico

Departamento de Geografía, Universidad Alberto Hurtado, Almirante Barroso 10, Santiago de Chile. Proyecto FONDECYT N°11121354.

*mfuenzal@uahurtado.cl; **vcobs@labtys.cl; ***mmiranda@labtys.cl;

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se interpretan como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, más los sistemas establecidos para combatir las enfermedades (recursos sanitarios). A su vez, dichas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de “fuerzas” tales como, las económicas, sociales, normativas y políticas (OMS, 2008). En esta compleja temática, es posible observar una estructura estándar que considera dos niveles de determinantes, por un lado las de tipo estructural, definido por las acciones del Estado y por otro lado, las de tipos intermedias que expresan las condiciones socioeconómicas de la población como un reflejo de las acciones del Estado.

El objeto de la presente comunicación es la construcción de un índice territorial de DSS que permita desarrollar análisis de distribución espacial, el cual será valorado como desigualdad en términos de brecha, entre quienes están en mejor posición versus peor situación.

Para la metodología, se utilizan 10 indicadores provenientes de la última encuesta de caracterización socioeconómica chilena con autorepresentación espacial, agrupándose en indicadores de determinantes estructurales (DE) y el de determinantes intermedios (DI). Estadísticamente, son estandarizados por puntaje Omega. La distribución espacial de los datos se valorará a partir de mapas de cuantiles. El Índice Territorial tiene una diferenciación de pesos de 2/3 para DE y 1/3 para DI.

Se obtiene por consiguiente, un indicador que da cuenta de la desigualdad territorial entre las comunas de Chile, que permite dilucidar grados de vulnerabilidad observables y comparables en dichas unidades administrativas, los cuales reflejan el contexto en que las personas enfrentan su cotidianeidad y con ello, la posibilidad de alcanzar de mejor o peor forma el máximo estado de salud posible.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud; Desigualdad espacial; Chile

INTRODUCCIÓN

En Agosto de 1980, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Reino Unido, publicó el Informe del Grupo de Trabajo sobre Desigualdades en Salud, también conocido como el Informe Negro. En base a dicho reporte, una gran parte del debate en la explicación de disparidades socioeconómicas en salud giró en torno a la contribución de argumentos de índole “cultural/comportamiento” versus “materialista/estructuralista” (*Department of Health and Social Security, DHSS*, 1980 citado en Frohlich et al. 2006. pp 134), donde el factor territorial se abocó solo a la división Norte/Sur de aquellas disparidades.

Desde la década de 1990, investigadores han prestado cada vez más atención a la función de la ubicación geográfica en la configuración de la salud (Kearns, 1993; Macintyre and Ellaway, 2000; Jones and Moon, 1993 en Arcaya, M. et al, 2012. pp 824), incorporando fuertemente los conceptos de “lugar” y “espacio”.

De acuerdo a lo señalado con anterioridad, es posible argumentar que el espacio, compuesto por los contextos de los lugares estructurados esencialmente por personas, son parte de un ciclo dinámico de (des)favorecimiento y acceso. El contexto de lugar evoluciona, o se reproduce, a partir de las desigualdades en la calidad medioambiental, capacidad de acceso al apoyo social, servicios de salud y otros riesgos para la salud y, los recursos de promoción de la salud a través del espacio y en el transcurso de la vida.

Lo anterior, equivale a la consideración principal del interés por estudiar las dinámicas socio-espaciales y espacio-temporales de aquellos contextos, los cuales generan patrones territoriales de (des)favorecimiento activo de la población.

Por consiguiente, cuando el escenario descrito responde a condiciones favorables, propicia personas con características saludables, resilientes y con acceso a oportunidades. Por otro lado, la interacción del capital de salud con normas de acceso a vivienda, supone una selección del lugar desfavorable o favorable, que para el primero resultan territorios riesgosos y/o inhabilitantes, mientras que para la segunda selección de lugar, resultan territorios saludables y/o habilitantes para la condición de salud de las personas (ver Fig. 1).

De acuerdo a los antecedentes recopilados, el protagonismo de la geografía a modo de personaje central en la historia de cómo las sociedades ricas han monitoreado y gestionado sus divisiones de salud (Smith S., Easterlow D., 2005. pp 173), en conjunto con la necesidad de evidenciar el origen de las distintas afectaciones en el contexto de salud de las personas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado el concepto de las determinantes sociales de la salud, las cuales eran entendidas como factores naturales y luego, hasta el día de hoy, entendidas como contextos de salud alterados por variables de carácter socioeconómico y político.

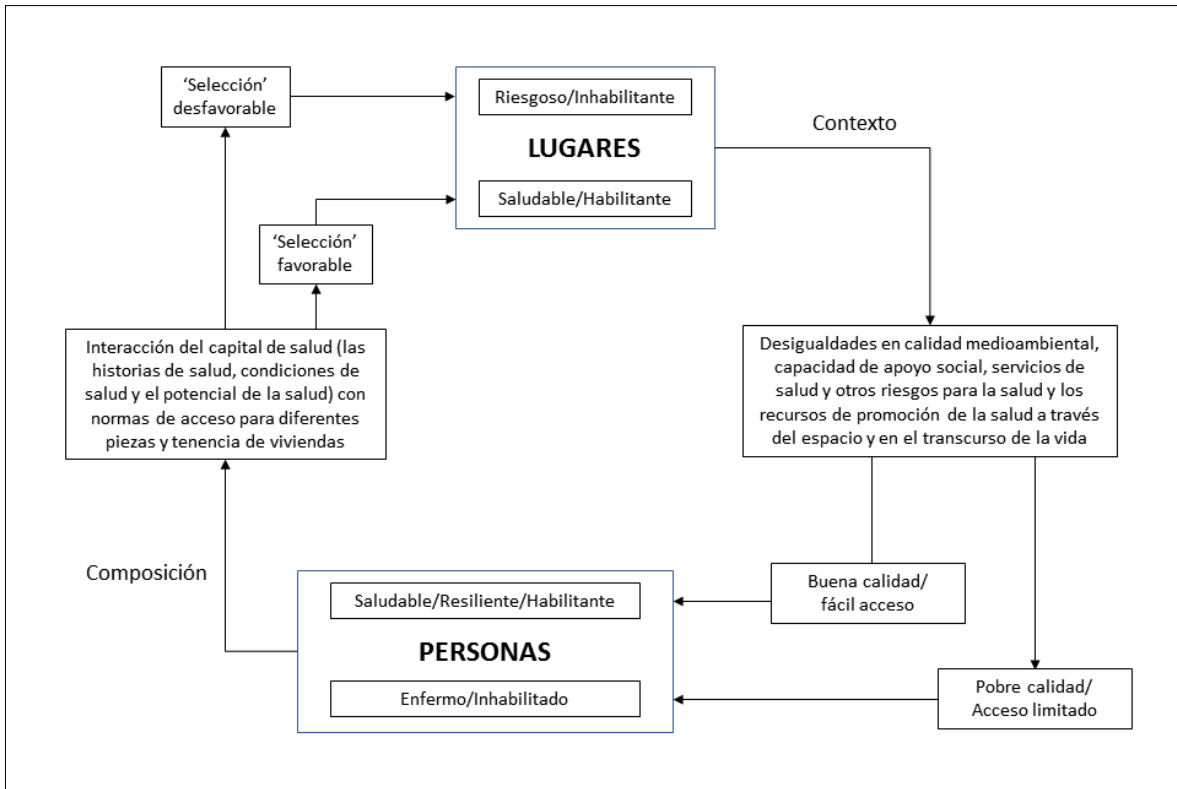


Fig. 1. Explorando los vínculos entre contexto y composición. Elaboración de los autores en base a Smith S., Easterlow D., 2005.

Es ampliamente aceptado en la comunidad científica y política que el comportamiento de las enfermedades está condicionado por ciertos factores provenientes de la relación del ser humano con su medio, ejemplo de ello son los hábitos de vida o los comportamientos culturales que una comunidad desarrolla en la cotidianidad. Por lo tanto aquí, es pertinente precisar dos conceptos fundamentales que permitan vincular los aspectos espaciales con las actuales perspectivas de salud: las *determinantes sociales de la salud* (DSS) y el *territorio*.

En este sentido, se entiende por determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades (recursos sanitarios). A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de "fuerzas": económicas, sociales, normativas y políticas. En esta compleja temática, es posible observar una estructura estándar que considera dos tipos de determinantes, por un lado las de tipo estructural y por otro lado las de tipo intermedias o intermediarios. Las variables determinantes estructurales hacen referencia, por un lado, a los ejes guías de las circunstancias de vida de las personas, como por ejemplo las políticas públicas (e.g. educación, salud), políticas sociales (e.g. trabajo, vivienda), o los valores culturales de la población, en otras palabras, todo lo concerniente al ámbito sociopolítico y económico del estado. De igual forma, las determinantes estructurales expresan las condiciones

socioeconómicas de la población como un reflejo de las inferencias de las determinantes estructurales de primer orden.

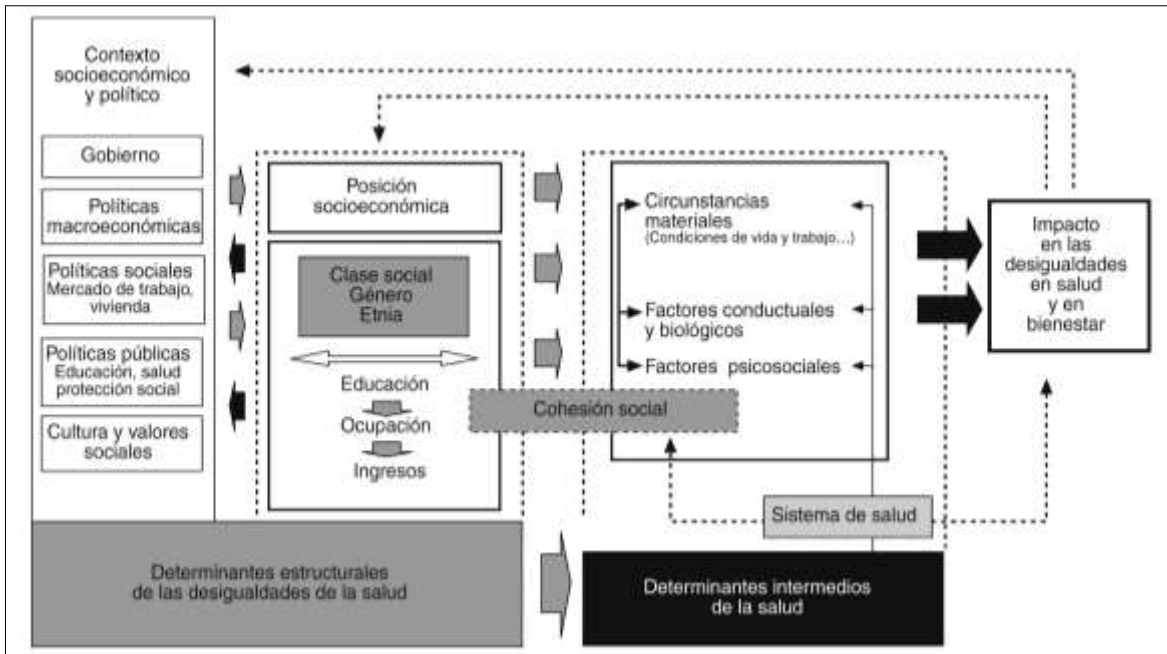


Fig. 2: Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.

Por su parte, las determinantes intermedios, hacen referencia a aquellas variables de carácter individual que involucran las consecuencias directas de los determinantes de primer orden o estructurales, así por ejemplo, las circunstancias materiales de las personas (e.g. condiciones de vida y trabajo), los factores biológicos (e.g. edad, sexo) y los factores psicosociales (e.g. estrés), resultando de lo anterior, en impactos directos en desigualdades en salud y en bienestar. Consiguientemente, el vínculo que se establece entre las determinantes estructurales de segundo orden (posición socioeconómica, clase social, género, etnia, etc.) y las determinantes intermedias, responde al grado de cohesión social (ver Fig. 2).

En cuanto al concepto de territorio, al igual que las DSS, se desarrolla a partir de un abanico de autores, los cuales han hecho referencias a dicho concepto desde aproximadamente 1871, en especial cuando el geógrafo alemán Friedrich Ratzel define el territorio en el marco de la instrumentalización de la geografía en las universidades alemanas. El territorio, según el autor, es una parcela de la superficie terrestre apropiada por un grupo humano, que tendría una necesidad imperativa de un territorio con recursos naturales suficientes para su poblamiento, los cuales serían utilizados a partir de las capacidades tecnológicas existentes (Schneider, S. et al. 2006. pp 3).

Más adelante, en la década de 1970, el geógrafo norteamericano Jean Gottmann vuelve a debatir sobre la importancia del concepto de territorio, pero con la incorporación de otros elementos que hasta el momento habían sido olvidados dentro de las relaciones “hombre-medio”. Es de esta forma que Gottmann define territorio como una parte del espacio definida por límites (líneas), que posee un sistema de leyes y una unidad de gobierno, a partir de lo cual, la respectiva localización y características internas son descritas y explicadas, y por lo tanto, definidas como la división territorial del mundo dentro de la historia de la humanidad (Schneider, S. et al. 2006. pp 3).

Cabe destacar que, a fines de la década de 1980, el territorio se identifica con el espacio geográfico socialmente organizado, correspondiente a un espacio social, real y objetivo, franqueado por los valores culturales y los significados de la subjetividad; no tiene límites definidos, ya que se caracteriza por su dimensión simbólica; no se identifica con criterios territoriales administrativos (Santos, M. 1988 citado en Junges, José R. 2003. pp 4).

Es en el territorio como unidad de análisis donde los DSS encuentran su máxima expresión de observación conjunta, existiendo un contexto socioeconómico y político, en el cual se generan (causalmente) jerarquías entre ciertos grupos de población. De esta forma, se conciben conexiones o vínculos de cohesión social, los cuales van entramando el territorio, complejizando cada vez más la definición práctica del mismo a partir de las perspectivas desde donde se observen dichas dinámicas. Cabe destacar por ejemplo, que investigadores de diversos países han reportado que la zona de residencia se asocia a la salud más allá de los factores de riesgo a nivel individual (Diez-Roux, Link, & Northridge, 2000; Jones & Duncan, 1995; Kaplan, 1996; Kawachi & Berkman, 2003; Macintyre, Maclver, & Sooman, 1993; Pickett & Pearl, 2001 citado en Bernard et al. 2007. pp 1839). Esto envuelve la idea de la influencia que los DSS tienen sobre el contexto territorial, en donde cada acción individual, y también las acciones colectivas, repercuten de forma directa o indirecta en el estado de salud de la población.

Lo expuesto anteriormente, radica en la propiedad intrínseca de las personas de relacionarse con el medio en donde habitan, ya que la teoría geográfica reconoce que el espacio y la sociedad son mutuamente constructivos, es decir, las identidades, las actitudes y comportamientos de las personas están determinadas por, y a su vez determinan, los lugares en que viven (Del Casino and Jones, 2007; Harvey, 1973; Mitchell, 2001; Sayer, 2000; Soja, 1980 citado en Davidson et. al, 2008. pp 168). Respecto a esto, es preciso enfatizar que la evidencia científica indica que la composición de uso de suelo afecta a diferentes resultados de la salud individual y colectiva. Así por ejemplo, estudios han asociado las áreas industriales con mortalidad excesiva y con un mayor riesgo de anomalías congénitas, aborto retenido, bajo peso al nacer, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer y enfermedades mentales, incluyendo la depresión (Cambra et al., 2011; Chan et al., 2006; Genc et al., 2012; Hendryx et al., 2012; Lim et al., 2012; Lopez-Cima et al., 2011; Triche and Hossain, 2007 citado en Factor R. et al, 2013. pp 168). Por otro lado, los espacios verdes como los

bosques y arboledas se han asociado con reducidos niveles de salud física y mental, como las afecciones ya mencionadas (ver, e.g., Barton and Pretty, 2010; Bowler et al., 2010; Dadvand et al., 2012; Li et al., 2008; Richardson and Mitchell, 2010; Williams, 2001; Zhang et al., 2011 citado en Factor R. et al, 2013. pp 90).

Sin embargo, este *contexto* complejo de variables que componen el concepto de las DSS, no podría ser pragmáticamente observado en detalle sin la información adecuada. Por ello, además de existir una relación connatural entre el territorio y las DSS, es igualmente valioso tener en consideración la existencia de la relación escalar del tratamiento y levantamiento de información en salud. Se debe considerar entonces, que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen dentro de límites administrativos establecidos –en términos de abstracción sistémica– (unidades espaciales subjetivamente discretas y autónomas), por lo que, los procesos de captura y manipulación de información adoptan usualmente como unidad de análisis, la misma configuración escalar que dichos márgenes político-administrativos o, en búsqueda de la comparabilidad, se generan unidades espaciales estándar de análisis para aquellos propósitos. Por lo tanto, tener conocimiento de la realidad de la población y su cimiento espacial en detalle (lugar de residencia y trabajo principalmente), permite una mejor comprensión y asociación de disparidades sanitarias, así como todos los datos contextuales se tienen en cuenta, incluyendo el contexto social y la distribución de la asistencia sanitaria (Charreire, H. 2008. pp 418). Esto permite realizar análisis espacial adaptando la información a los diferentes contextos constituyentes del territorio y sus diversos elementos, impulsando el valor de comparabilidad entre unidades de análisis a partir de reglas escalares de observación.

Así, el objeto de la presente comunicación es la construcción de un índice territorial de DSS que permita desarrollar análisis de distribución espacial, el cual será valorado como desigualdad en términos de brecha, entre quienes están en mejor posición versus peor situación. El texto prosigue con la descripción de la metodología adoptada, luego un análisis de resultados para finalizar con una sección de balance y conclusiones.

METODOLOGÍA

La presente metodología propone el uso de 10 indicadores provenientes de la última encuesta de caracterización socioeconómica chilena (CASEN) con autorepresentación espacial, la cual corresponde a la levantada durante 2009 (ver Cuadro 1).

Cuadro 1: Indicadores que componen el Índice de Determinantes Sociales de la Salud.
Fuente de datos: CASEN 2009.

Indicador	n	Nombre	Máx. Valor	Abreviatura
Determinantes Estructurales	1	Porcentaje de pobreza total	Costo	POBRE_TO
	2	Coeficiente de Gini según el promedio de ingreso autónomo	Costo	GINI
	3	Tasa de desocupación	Costo	DESOCUPA
	4	Promedio de años de escolaridad de las personas de 25 años y más	Beneficio	ESC_25M
	5	Índice de dependencia demográfica	Costo	DEP_DEM
Determinantes Intermedios	1	Porcentaje de hogares totales con indicador de saneamiento deficitario	Costo	SAN_DEF
	2	Porcentaje de asalariados sin contrato firmado	Costo	ASA_SCON
	3	Porcentaje personas de 15 a 64 con condición de actividad activa que no cotiza	Costo	ACT_NCOT
	4	Porcentaje total de personas que declara haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en el último mes	Costo	PROB_S
	5	Porcentaje total de personas que declara haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en el último mes y que no recibió atención	Costo	PROB_SNA

Estadísticamente, nos inclinamos para cada uno de ellos estandarizarlos por puntaje *Omega*, el cual responde a la siguiente fórmula:

$$EV_i = \frac{x_i - m}{M - m}$$

Dónde:

EV_i = Estandarización de la variable i

X_i = Valor del indicador analizado para la unidad espacial

M = Valor más negativo. De acuerdo al indicador estudiado, puede ser el valor más alto o más bajo

m = Valor más positivo. De acuerdo al indicador estudiado, puede ser el valor más alto o más bajo

Los valores resultantes oscilan entre 0 y 1, los cuales mientras **más cercanos a 0 sean: más favorable y, en el sentido inverso, mientras más cercanos a 1: más desfavorable**. Por lo tanto, como paso previo a la estandarización *Omega*, las variables se someten a análisis para interpretar sus valores máximos y mínimos según condición de Costo o Beneficio (Fuenzalida y Cobs, 2013).

Para representar la distribución espacial de los datos se utilizarán mapas de cuantiles, con 5 intervalos, razón por la cual el análisis de resultados se referirá a quintiles (Q_x). En este método cada clase del mapa tiene la misma cantidad de unidades espaciales, siendo Q1 más favorable y Q5 más desfavorable. Esto se realizará para el grupo de indicadores de determinantes estructurales (DE) y el de determinantes intermedios (DI).

A partir de la consulta a expertos, se acuerda que el cálculo del índice territorial de DSS tendrá una diferenciación ponderada a partir de la asignación de pesos individuales determinantes según su naturaleza. Ello obedece a que los DE son más permanentes en el tiempo (e.g. 10 años) y los DI son transitorios, los cuales no permanecen estables durante un periodo prolongado de tiempo. Así, el conjunto de ellos tendrá una ponderación de 2/3 para DE y 1/3 para DI.

El índice territorial de DSS se compone de la siguiente forma:

$$IDSS = ((x1+...+x5)*2/3) + ((y1+...+y5)*1/3)$$

Donde:

	x1=	Porcentaje de pobreza total (estandarizado)
	x2=	Coeficiente de Gini según el promedio de ingreso autónomo (estandarizado)
Determinantes Estructurales	x3=	Tasa de desocupación (estandarizado)
	x4=	Promedio de años de escolaridad de las personas de 25 años y más (estandarizado)
	x5=	Índice de dependencia demográfica (estandarizado)
	y1=	Porcentaje de hogares totales con indicador de saneamiento deficitario (estandarizado)
	y2=	Porcentaje de asalariados sin contrato firmado (estandarizado)
Determinantes Intermedios	y3=	Porcentaje personas de 15 a 64 con condición de actividad activa que no cotiza (estandarizado)
	y4=	Porcentaje total de personas que declara haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en el último mes (estandarizado)
	y5=	Porcentaje total de personas que declara haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en el último mes y que no recibió atención (estandarizado)

RESULTADOS

Dado el constante cambio de la sociedad en la que vivimos, las autoridades políticas se encuentran con la necesidad de conocer, tan rápido como sea posible, cuándo estos cambios toman direcciones equivocadas, de cara a la posterior toma de decisiones y a la planificación futura de actuaciones encaminadas a un mejor y mayor avance de la sociedad (Pérez et al. 2008). La importancia de monitorear estas evoluciones se encuentra entonces, dentro de los tópicos con mayor relevancia en el proceso de toma de decisiones y elaboración/modificación de políticas públicas. Según señalan Makdissia y Yazbeck, 2014, la medición de desigualdades en salud es esencial para la implementación y el monitoreo de políticas sanitarias. Es por ello que, medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud (Aschan-Leygonie, et al., 2013).

A partir de la aceptación de la importancia del medio en el que está inserto cotidianamente el individuo en términos de las repercusiones en su salud y su expresión desigual en el territorio, es preciso lograr cuantificar dichas desigualdades, las cuales se expresan como desventajas a la hora de acceder a oportunidades para alcanzar el máximo nivel de salud de la población. En consecuencia a lo planteado, se obtiene como resultado final del presente trabajo, un indicador sintético con expresión espacial efectiva que da cuenta de la desigualdad territorial entre las comunas de Chile. Este “indicador territorial de DSS” agrupa diferentes indicadores parciales con diferente ponderación según su condición de determinantes estructurales o intermedias, lo que permite dilucidar grados de vulnerabilidad, observables y comparables entre dichas unidades administrativas de análisis con desagregación comunal a escala nacional.

En términos de determinantes estructurales (ver cuadro 2), se observa en un primer lugar que el porcentaje de pobreza total [POBRE_TO] presenta una variación de 20 puntos porcentuales entre el quintil más desfavorecido (Q5) y el quintil más favorecido (Q1), lo cual equivale a 3,40 veces el grado de desigualdad existente. En cuanto al coeficiente de Gini según el promedio de ingreso autónomo [GINI], presenta un rango de variación pequeño entre el Q5 y Q1, sin embargo, el quintil más desfavorecido corresponde a 1,18 veces el grado de desigualdad existente. Respecto a la variable de Tasa de desocupación [DESOCUPA], presenta un rango de variación de 3,10 puntos entre el quintil 5 y el quintil 1, con un rango de variación de 1,85 veces el grado de desigualdad representado. En referencia al promedio de años de escolaridad de las personas de 25 años y más [ESC_25M], se establece que el rango de variación presentado responde a -2,0 años entre el quintil más desfavorable (Q5) y el más favorable (Q1), destacando que es la única variable con valor positivo (Beneficio) del *pool* de Determinantes Estructurales e Intermediarias. Su rango de variación relativo responde a 0,79 veces el grado de desigualdad existente.

Por último, el Índice de dependencia demográfica [DEP_DEM] asume una variación de 7,2 puntos entre Q5 y Q1, lo que equivale a 1,16 veces el grado de desigualdad observado.

Cuadro 2: Valores promedio por Quintil. Determinantes Estructurales.

Indicador	Determinantes Estructurales					Total general	Rango de Variación	Rang. Varia. Relativo
	1	2	3	4	5			
POBRE_TO	8,3	13,0	14,9	20,0	28,3	16,9	20,0	3,40
GINI	0,38	0,40	0,42	0,43	0,45	0,42	0,07	1,18
DESOCUPA	3,6	4,6	5,0	5,4	6,7	5,0	3,1	1,85
ESC_25M	9,6	8,7	8,5	7,8	7,5	8,4	-2,0	0,79
DEP_DEM	45,2	48,7	49,1	50,7	52,4	49,2	7,2	1,16

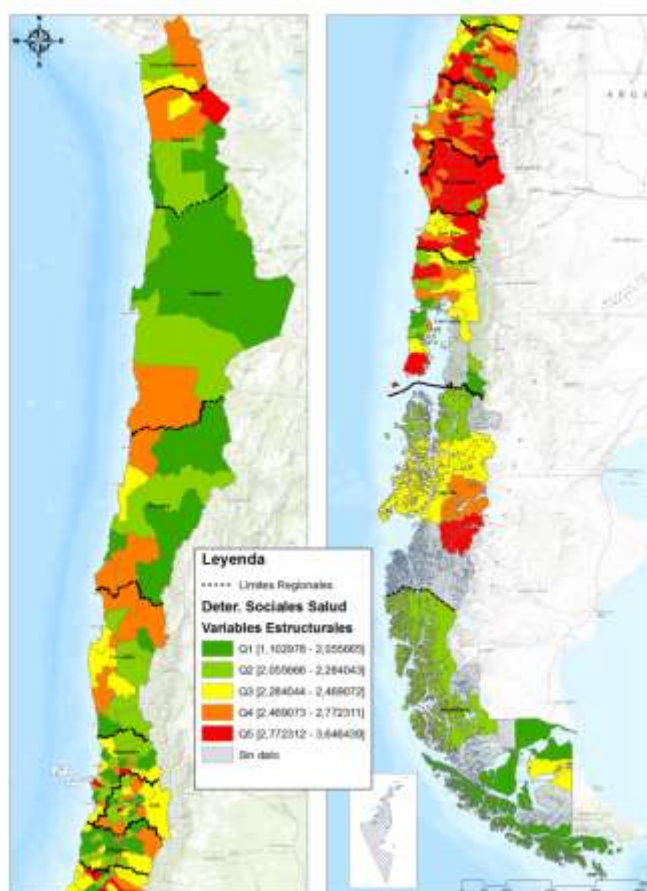


Fig. 3: Distribución espacial de las variables estructurales que inciden en los determinantes sociales de la salud. Método de clasificación: Quintiles. Fuente: Elaboración de los autores.

La distribución espacial de las variables estructurales que inciden en los determinantes sociales de la salud, presenta un conglomerado de los valores del quintil más desfavorable que va, principalmente, desde la Región del Maule hasta la Región de Los Ríos, con una fuerte concentración alojada en la Región de La Araucanía (ver Figura 3).

Por otro lado, los valores promedios de los determinantes intermedios han resultado como sigue. El Porcentaje de hogares totales con indicador de saneamiento deficitario [SAN_DEF] presenta una variación de 3,1 punto porcentuales entre el quintil que representa mayor desfavorecimiento (Q5) y aquél que representa menor desfavorecimiento (Q1), lo que corresponde a un 3,79 veces el grado de desigualdad existente. En cuanto al Porcentaje de asalariados sin contrato firmado [ASA_SCON], varía en 17,1 puntos porcentuales de Q5 sobre Q1, lo que se traduce en 1,91 veces el grado de desigualdad observado. De manera similar responde la variable Porcentaje de personas de 15 a 64 años con condición de actividad activa que no cotiza [ACT_NCOT], la cual presenta una importante variación entre el quinto quintil y el primero de 18,2 puntos porcentuales, que significa 2,02 veces el grado de desigualdad asumido por el quintil más desfavorable.

La variable de Porcentaje total de personas que declara haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en el último mes [PROB_S], exhibe una variación de 6,1 puntos porcentuales entre Q5 y Q1, lo que equivale a 1,66 veces el grado de desigualdad existente. Finalmente, la variable Porcentaje total de personas que declara haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en el último mes y que no recibió atención [PROB_SNA], presenta 10,4 puntos porcentuales de variación entre el quintil más desfavorable y el más favorable, lo que se traduce en 2,03 veces el grado de desigualdad observado (ver Cuadro 3).

Cuadro 3: Valores promedio por Quintil. Determinantes Intermedios

Determinantes Intermedios								
Indicador	1	2	3	4	5	Total general	Rango de Variación	Rang. Varia. Relativo
SAN_DEF	1,1	1,2	1,8	1,7	4,2	2,0	3,1	3,79
ASA_SCON	18,9	23,1	26,1	27,9	36,0	26,4	17,1	1,91
ACT_NCOT	17,8	21,9	25,3	27,8	36,0	25,7	18,2	2,02
PROB_S	9,2	11,6	13,1	14,8	15,3	12,8	6,1	1,66
PROB_SNA	10,1	13,0	13,9	16,9	20,5	14,9	10,4	2,03

En cuanto a la distribución espacial de las variables intermedias que inciden en los determinantes sociales de la salud, destaca el hecho que presentan una concentración del quinto quintil similar a la observada en el caso de las determinantes estructurales. En este caso, las unidades administrativas más

desfavorecidas se alojan principalmente en las regiones del Maule (suroeste), Biobío, La Araucanía, Los Ríos (este) y norte de Los Lagos.

A pesar de la similitud establecida, destaca la presencia de una mayor mixtura en la composición de esa agrupación de desfavorecimiento acompañada de una mayor extensión territorial. De igual forma, se observa un conglomerado importante en la Región de Arica y Parinacota y el noreste de la Región de Tarapacá, territorios limítrofes, tanto regionales como nacionales (ver Figura 4).

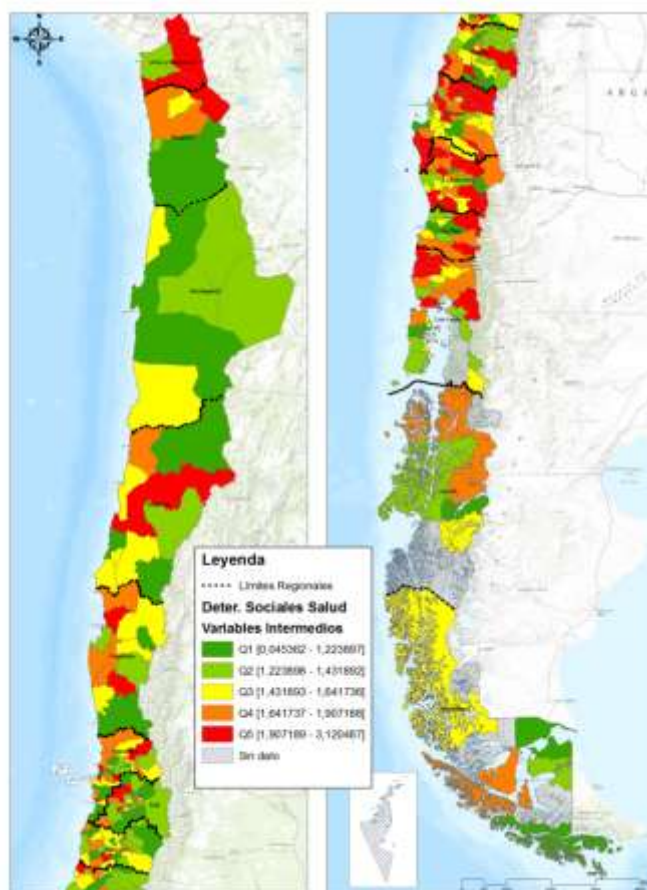


Fig. 4: Distribución espacial de las variables intermedias que inciden en los determinantes sociales de la salud. Método de clasificación: Quintiles. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al resultado final referido al Índice Territorial de DSS, se debe destacar el hecho de que es la Región de La Araucanía la que asume mayor desfavorecimiento en términos de determinantes sociales de la salud a nivel nacional, en conjunto con la Región del Biobío y la Región de Los Ríos, todos ellos territorios con un fuerte factor de pobreza y desigualdad histórica. Se observa de igual forma como el quintil 5 se ve expresado territorialmente al este de la Región de Arica y Parinacota y noreste de la Región de Tarapacá, territorios altiplánico al norte del país (ver Figura 5).

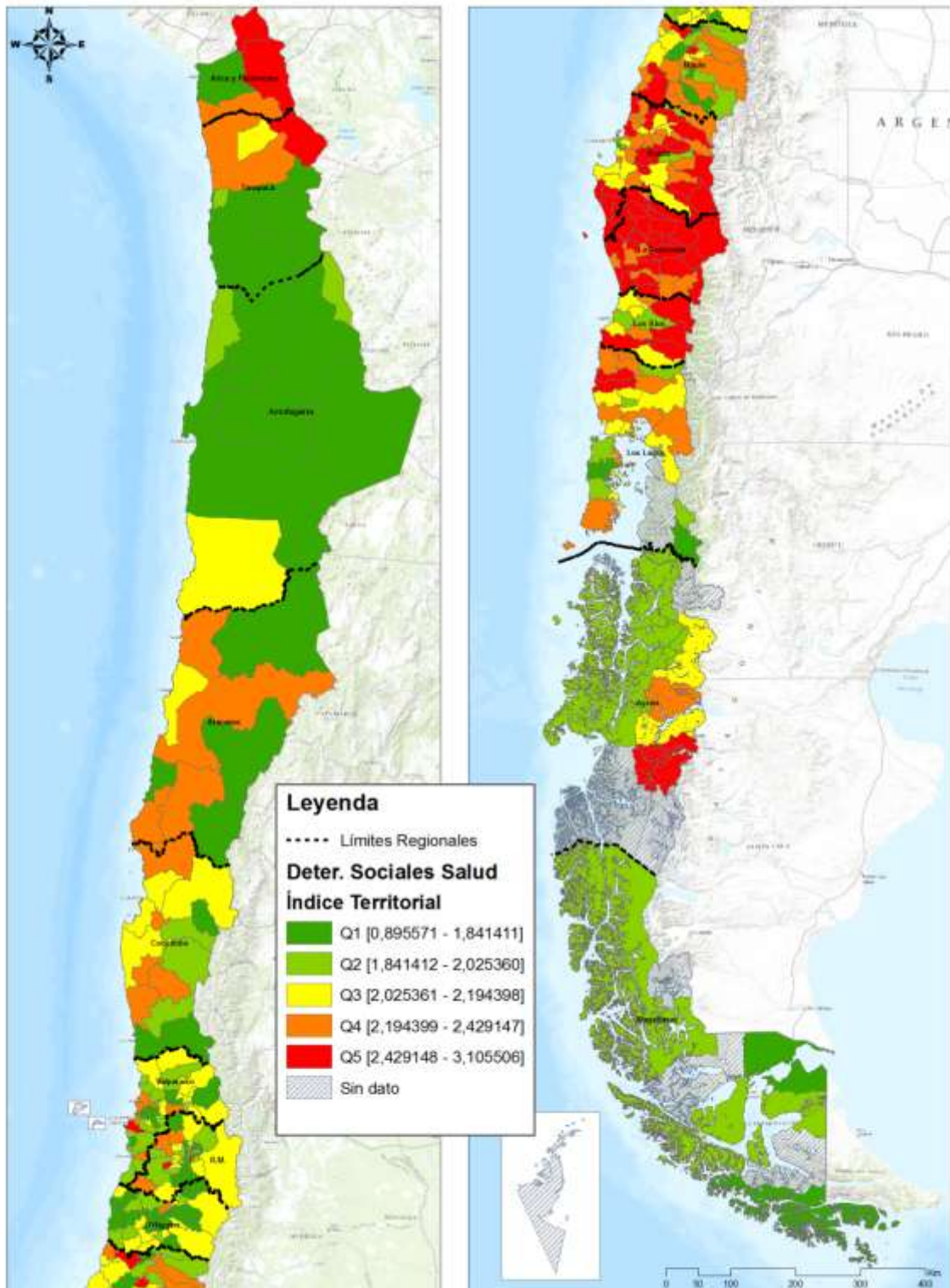


Fig. 5: Distribución espacial del Índice Territorial de determinantes sociales de la salud. Método de clasificación: Quintiles. Fuente: Elaboración propia.

BALANCE Y CONCLUSIONES

La diferenciación espacial de la salud ha sido siempre tomada en cuenta, con mayor o menor prioridad, destacando que los problemas de salud no se distribuyen al azar, y en general poseen una geografía que los distingue (Iñiguez, 2008). De acuerdo a esto, se destaca que tanto en los países en desarrollo como en los países industrializados, existen desigualdades sociales inaceptables en el campo de la salud que pueden ocurrir entre grupos geopolíticos, socioeconómicos, étnicos, de sexo, edad u otros (Schneider, et al. 2002).

Desde la década de 1970, un volumen considerable de evidencia ha demostrado que los grupos socialmente desfavorecidos a menudo están expuestos a entornos físicos que son potencialmente perjudiciales para la salud (Richardson et. al., 2013). Se ha observado de igual forma, que muchos efectos en salud varían geográficamente y, en particular, que las comunidades más socialmente desfavorecidas tienen peor salud que las zonas menos desfavorecidas; una brecha que se está ampliando en muchos países (Shaw et al., 1999 en Pearce & Kingham, 2008). Dicha afirmación es consistente con las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugiere que la distribución desigual de la salud es influenciada por las circunstancias en que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido su entorno físico (Pearce et. al. 2010).

Estas inequidades en materia de salud son una de las principales preocupaciones en justicia social y salud pública, ya que incluso en los países más ricos, la población menos favorecida sufre de altos niveles de morbilidad e incluso experimentan vidas más cortas en comparación a aquellos más favorecidos (Wilkinson R. y Marmot M. 2003 en Frohlich et al. 2006. pp 133). Cabe destacar que, el nivel socioeconómico es uno de los principales factores determinantes del estado de salud y disparidades de salud entre los diferentes grupos sociales y étnicos, y puede servir como un indicador de salud que tiene un valor predictivo en la evaluación epidemiológica espacial (Philips et al. 2011). En esta línea de discusión, Marmot pone en valor dos formas en las que los ingresos podrían estar causalmente relacionados con la salud: a través de un efecto directo sobre las condiciones materiales necesarias para la supervivencia biológica, y a través de un efecto sobre la participación social y la oportunidad de controlar las circunstancias de la vida (Hu et. al., 2008).

Una vez destacada la importancia del territorio en relación al estado de salud de la población y sus inequidades asociadas, se puede afirmar que los mapas de diferencias espaciales en la salud y la riqueza no son simplemente mapas en donde los enfermos y los sanos se pueden encontrar, sino que son entonces, mapas de los procesos y relaciones que producen y reproducen “salud” (Davidson R. et al, 2008). Por ello, es vital entender el contexto en el cual un evento de salud ocurre, ya que aporta a la comprensión de los procesos sociales y ambientales que intervienen en los distintos factores de riesgo.

Es entonces, el presente Indicador Territorial de DSS, una herramienta de gran relevancia en el ámbito de la Geografía de la Salud y las políticas públicas, para dilucidar diferentes escenarios de desigualdad presente en los diferentes territorios, las cuales reflejan el contexto en que las personas enfrentan su cotidianidad y con ello, la posibilidad de alcanzar de mejor o peor forma el máximo estado de salud posible. Cualquier solución pasaría por entender que existe heterogeneidad territorial, y por lo tanto, definir estrategias diferenciadas que respondan a las DSS de cada uno de los territorios en análisis.

BIBLIOGRAFÍA

Aschan-Leygonie C, Baudet-Michel S, Mathian H, Sanders L. (2013). "Gaining a better understanding of respiratory health inequalities among cities: An ecological case study on elderly males in the larger French cities". *International Journal of Health Geography*, 12:19.

Arcaya M, Brewsterc M, Ziglerb C, Subramanian S. (2012). "Area variations in health: A spatial multilevel modeling approach". *Health & Place*, Vol. 18, pp 824 - pp 831.

Bernard P, Charafeddine R, Frohlich K, Daniel M, Kestens Y, Potvin L. (2007). "Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood". *Social Science & Medicine*, Vol. 65, pp. 1839 – 1852.

Charreire H, Combier E. (2009). "Poor prenatal care in an urban area: A geographic analysis". *Health & Place*, Vol. 15, pp 412 - pp 419.

Davidson R, Mitchell R, Hunt K. (2008). "Location, location, location: The role of experience of disadvantage in lay perceptions of area inequalities in health". *Health & Place*, Vol. 14, pp 167 - pp 181.

Factor R, Awerbuchb T, Levins R. (2013). "Social and land use composition determinants of health: Variability in health indicators". *Health & Place*, Vol. 22, pp 90 – pp 97.

Fuenzalida M, Cobs V. (2013). "La perspectiva del análisis espacial en la herramienta SIG: una revisión desde la geografía hacia las ciencias sociales". *Revista Persona y Sociedad*, Vol. XXVII / Nº 3 / septiembre-diciembre 2013, pp. 37-56.

Frohlich K, Ross N, Richmond C. (2006). "Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework". *Health Policy*, Vol. 79, pp 132 - pp 143.

Hu Z, Liebans J, Rao K. (2008). "Linking stroke mortality with air pollution, income, and greenness in northwest Florida: an ecological geographical study". *International Journal of Health Geography*, 7:20.

Junges J, Barbiani R. (2013). "Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética". *Revista Bioética*, Vol. 21, Nº2.

Makdissia P, Yazbeck M. (2014). "Measuring socioeconomic health inequalities in presence of multiple categorical information". *Journal of Health Economics* 34, 84–95.

Organización Mundial de la Salud. "Subsanar las desigualdades en una generación". Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - OMS. Ginebra 2008.

Pearce J, Kingham S. (2008). "Environmental inequalities in New Zealand: A national study of air pollution and environmental justice". *Geoforum*, 39:980 - 993.

Pearce J, Richardson E, Mitchell R, Shortt N. (2010). "Environmental justice and health: the implications of the socio-spatial distribution of multiple environmental deprivation for health inequalities in the United Kingdom". *Transactions of the Institute of British Geographers* 2010, 35(4):522 – 539.

Pérez F, Blancas F, González M, Guerrero F, Lozano M, Ruiz M. (2008). "Análisis, diseño y comparación de indicadores sintéticos". XVI Jornadas ASEPUMA, IV Encuentro Internacional, Rect@ Vol Actas_16 Issue 1:803.

Philips B, Gong G, Hargrave K, Belasco E, Lyford C. (2011). "Correlation of the ratio of metastatic to non-metastatic cancer cases with the degree of socioeconomic deprivation among Texas counties". *International Journal of Health Geography*, 10:12-

Schneider S, Peyré I. (2006). "Territorio y enfoque territorial: de las referencias cognitivas a los aportes aplicados al análisis de los procesos sociales rurales" (pp 71 – pp 102). Libro: *Desarrollo Rural. Organizaciones, Instituciones y Territorio*. Buenos Aires. Ed. Ciccus.

Smith S, Easterlow D. (2005). "The strange geography of health inequalities". *Transactions of the Institute of British Geographers*, Vol. 30, pp 173 - pp 190.