

Una mirada poliédrica a las desigualdades sociales en salud. Una perspectiva de futuro

Recepción: 27/10/2020 / Aceptación: 24/02/2021

Resumen

La salud y la enfermedad son fenómenos multidimensionales que hay que comprender y abordar de forma holística e integral. La salud y la enfermedad no pueden ser entendidas como procesos únicamente biológicos u objetivos, sino como el resultado de la confluencia de múltiples causas y circunstancias que interaccionan mutuamente. La experiencia subjetiva de cada persona en relación con estos procesos, así como la expresión de los significados y modelos explicativos al respecto, son, más allá de las lógicas científicas y biológicas, un relato único y fundamental en la experiencia de sufrimiento. Al mismo tiempo, la salud y la enfermedad no pueden desligarse de los fenómenos sociales y estructurales que impregnan a las personas y sus entornos, así como de los ejes de desigualdades que confluyen y explican sus experiencias vitales. En este artículo se presenta una aproximación a los fenómenos de salud y enfermedad de las personas que pretende profundizar en cómo la desigualdad influye en la experiencia de enfermedad mediante los ejes de desigualdad. Situando el modelo sobre interseccionalidad como marco teórico principal y punto de partida de las autoras, se presentan tres casos que ejemplifican subjetividades y modelos explicativos diferentes ante el fenómeno de enfermedad. Finalmente, se concluye con una reflexión sobre la necesidad de incorporar esta perspectiva en la formación de los futuros profesionales de la salud, dirigida a formar personas sensibles y competentes en la identificación y acción ante estas realidades diversas.

Palabras clave

Salud, enfermedad, desigualdades sociales en salud, educación, salud pública.

Una mirada poliédrica a les desigualtats socials en salut. Una perspectiva de futur

La salut i la malaltia són fenòmens multidimensionals que cal comprendre i abordar de forma holística i integral. La salut i la malaltia no poden ser enteses com a processos únicament biològics o objectius, sinó com el resultat de la confluència de múltiples causes i circumstàncies que interaccionen mútuament. L'experiència subjectiva de cada persona envers aquests processos, així com l'expressió dels significats i models explicatius al respecte, són, més enllà de les lògiques científiques i biològiques, un relat únic i fonamental en l'experiència de patiment. Al mateix temps, la salut i la malaltia no poden deslligar-se dels fenòmens socials i estructurals que impregnen les persones i els seus entorns, així com dels eixos de desigualtats que conflueixen i expliquen les seves experiències vitals. En aquest article es presenta una aproximació als fenòmens de salut i malaltia de les persones que pretén aprofundir en com la desigualtat influeix en l'experiència de malaltia per mitjà dels eixos de desigualtat. Situando el model sobre interseccionalitat com a marc teòric principal i punt de partida de les autores, es presenten tres casos que exemplifiquen subjectivitats i models explicatius diferents davant el fenomen de malaltia. Finalment, es conclou amb una reflexió sobre la necessitat d'incorporar aquesta perspectiva en la formació dels futurs professionals de la salut, adreçada a formar persones sensibles i competents en la identificació i acció davant d'aquestes realitats diverses.

Paraules clau

Salut, malaltia, desigualtats socials en salut, educació, salut pública.

A multifaceted look at social inequalities in health. Outlook

Health and illness are multidimensional phenomena that should be understood and addressed in a holistic, comprehensive way. Health and disease cannot be understood as purely biological or objective processes, but as the result of the confluence of multiple causes and circumstances that interact together. Each individual's subjective experience of these processes, and expressions of significance and explanatory models with regard to them, go beyond scientific and biological logic to form a single, basic narrative of the experience of suffering. Similarly, health and illness cannot be isolated from the social and structural phenomena that impregnate people and their environments, nor from the axes of inequalities that converge and explain their life experiences. This article presents an approach to the phenomena of people's health and illness that seeks to explore how inequality influences the experience of illness through the axes of inequality. Taking the intersectionality model as both main theoretical framework and starting point, the authors present three case studies that exemplify different subjectivities and explanatory models with regard to the phenomenon of disease. Finally, the paper concludes with a reflection on the need to incorporate this perspective into the training of future health professionals with a view to preparing sensitive, competent people equipped to identify and take action in response to these diverse realities.

Keywords

Health, disease, social inequalities in health, education, public health.

Cómo citar este artículo:

Graells Sans, A. e Insa Calderón, E. (2021).
Una mirada poliédrica a las desigualdades sociales en salud. Una perspectiva de futuro.
Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 77, p. 57-80.

▲ La salud, un fenómeno poliédrico

“¿Por qué esta persona ha contraído esta enfermedad en esta oportunidad?”, se preguntaba Geoffrey Rose, en 1985, en su artículo “Sick individuals, sick populations” (Rose, 1985). Esta pregunta, si bien aparenta ser simple, podría decirse que lleva implícitos gran parte de los cuestionamientos que han marcado el desarrollo de la salud pública moderna. Con este interrogante, Rose confrontaba las teorías sobre la etiología de la enfermedad, abriendo la mirada más allá del individuo y el mero diagnóstico (a menudo, el centro de la atención biomédica) y alentando a poner la mirada en otros escenarios donde la multicausalidad y, sobre todo, el entorno social y estructural se convertían en elementos clave. Así mismo, con estos porqués, Rose deja entrever que la enfermedad no es algo fortuito o fruto del azar, sino el resultado de un entramado de causas que interseccionan e interaccionan entre ellas, desde los niveles más proximales al individuo, hasta aquellos más distales y estructurales.

Si bien las causas que producen salud y enfermedad son de extremada relevancia, estos procesos no se pueden desligar de la vivencia personal. La experiencia de salud y enfermedad se construye socialmente y responde a una lógica subjetiva, dinámica y multifactorial para cada persona y comunidad. El estudio de cómo la enfermedad se construye a partir de las creencias y formas de organización social permite comprender cómo las diferentes fuerzas sociales modelan la concepción y las acciones de los diferentes actores sociales. Asimismo, la enfermedad puede ser explicada desde diferentes perspectivas o dimensiones; desde la experiencia subjetiva de enfermedad (*illness*), el proceso patológico descrito desde el paradigma hegemónico biomédico (*disease*) y desde su concepción social (*sickness*) (Kleinman, 1981 y 1988). La construcción y comprensión de la enfermedad desde la *illness* implica entender la enfermedad dentro del flujo constante que es la experiencia y aceptar que no es una entidad objetiva sino una transformación radical de la cotidianidad al detener las actividades más rutinarias y convencionales y hacerlas explícitas (Carel, 2012). El acceso a la experiencia de enfermedad desde esta perspectiva conlleva dar primacía a la percepción (Csordas, 1994) y otorgar un lugar central al cuerpo (Merleau-Ponty, 1945), entendido como un medio de comunicación entre nosotros y el mundo. En cambio, la construcción de la *disease* y la *sickness* a menudo responden a normas sociales y al discurso hegemónico dominante establecido por el modelo biomédico y que puede, o no, coincidir con la percepción individual de enfermedad, y pueden aparecer líneas de tensión entre ellas cuando son discrepantes. Estas diferencias pueden ser el origen de huecos percibidos como necesidades no cubiertas para las personas que padecen la enfermedad, cuando el modelo biomédico imperante no ofrece una respuesta o, incluso, niega su existencia.

El reto actual es, pues, una aproximación a la enfermedad que incorpore las tres perspectivas para reducir las desigualdades sociales en salud. En este artículo hacemos una propuesta de abordaje de la enfermedad desde la salud pública con un recorrido que parte de la explicación tradicional del papel de los determinantes sociales de la salud en la generación de desigualdades sociales en salud, fluye por la presentación de la interseccionalidad como estrategia para evidenciar y combatir las desigualdades en salud, se detiene en la exploración de la experiencia de enfermedad desde una mirada interseccional y finaliza con una reflexión sobre la formación necesaria en salud pública de los futuros profesionales de la salud para atender la realidad social actual.



Una mirada desde la salud pública

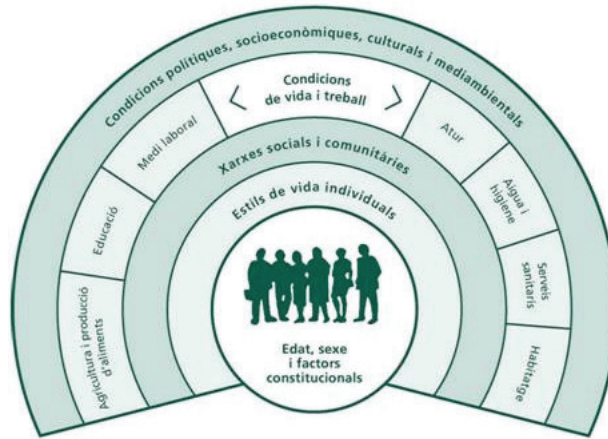
Determinantes sociales de la salud

“La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta la forma en que viven las personas la probabilidad de enfermar y el riesgo de éstas a morir de forma prematura” (Comisión on Social Determinants of Health, 2008). Así de contundente era la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en 2008 en su informe emblemático, *Closing the gap in a generation*¹, donde se emplazaba a los distintos gobiernos y organismos políticos mundiales a liderar acciones globales dirigidas a alcanzar mayores niveles de equidad en salud. La salud y las condiciones sociales en que las personas viven no pueden ser entendidas de forma independiente o separada, es más, se convierten en vasos comunicantes donde uno es en función del otro, y viceversa.

Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud (DSS) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local y, a su vez, dependen de las políticas de cada contexto. Son varios los modelos que se han propuesto para ejemplificar el efecto de los DSS sobre la salud de las personas. Probablemente, el modelo más extensamente empleado es el que Dahlgren y Whitehead (1993) propusieron: un esquema en que, mediante arcos concéntricos, se disponen en el centro las características invariables de las personas y, en los diferentes arcos consecutivos, los DSS según sean más proximales o distales al individuo (figura 1). En función de la distancia de estos elementos en relación con el centro del modelo, es decir, del individuo, la persona tiene más capacidad de poderlos modificar. En cambio, los elementos situados en la periferia del esquema, los más distales, son aquellos que hacen referencia a los aspectos más estructurales y lejos del alcance de influencia de las personas que, a su vez, influyen sobre sus oportunidades y sobre la forma en que éstas interactúan con sus determinantes más proximales.

El reto actual es una aproximación a la enfermedad que incorpore las tres perspectivas para reducir las desigualdades sociales en salud

Figura 1. Modelo social de la salud. Dahlgren y Whitehead, 1993



Fuente: Dahlgren G. y Whitehead M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried. *Working paper prepared for the King's Fund International seminar on Tackling Inequalities in Health*. Ditchley Park, Oxfordshire, Kings Fund.

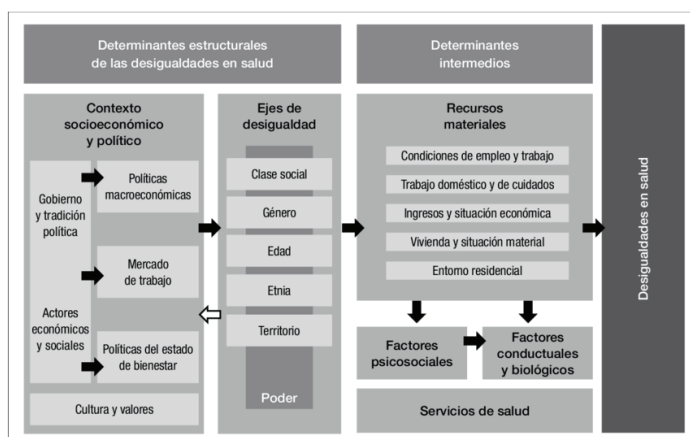
Este modelo permite hacer una aproximación a las múltiples causas de los fenómenos de salud y enfermedad, y cómo estas son, al mismo tiempo, causas y consecuencias entre ellas. Es lo que Michael Marmot definiría como las *causas de las causas*.

Los DSS no se distribuyen de manera uniforme a lo largo de la población y explican gran parte de las desigualdades sociales en salud, que son aquellas diferencias injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades son el resultado de las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una salud peor entre los colectivos socialmente menos favorecidos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España, 2015; Solar e Irwin, 2010; Whitehead, 1992). Estas desigualdades se visualizan en la existencia de un gradiente social en el que, en la medida que se desciende en la escala social, también disminuye el estado de salud de las personas. Este hecho implica que la mala salud no es algo exclusivo de los colectivos socioeconómicamente más precarizados, sino que en todos los niveles socioeconómicos existe una degradación en cuanto al nivel de salud: cuanto mejor es la posición, mejor es la salud (Comision on Social Determinants of Health, 2008; Marmot *et al.*, 2008)

Posterior al modelo sobre los DSS propuesto por Dahlgren y Whitehead, la Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España (2015) elaboró un nuevo marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales de la salud en el que se diferencian dos elementos principales: los factores estructurales y los intermedios, y en el que también se incorporó el efecto de los ejes de desigualdad como mediadores del impacto de los DSS (figura 2). Así, de entre los determinantes estructurales, pueden diferenciarse aquellos elementos propios del contexto socioeconómico y político, es decir, aquellos que determinan la estructura y organización social, y los ejes de desigualdad (clase social, género, edad, etnia, territorio, entre otros) que determinan las jerarquías de poder dentro de las sociedades, así como las diferentes formas de discriminación. A su vez, todos estos elementos están mediados por la distribución del poder y de los recursos. Los determinantes intermedios vienen condicionados por los estructurales y, a su vez, impactan en la aparición de desigualdades en salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España, 2015).



Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España, 2010.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España. *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.*

Este marco conceptual, por lo tanto, permite comprender los mecanismos mediante los que se constituyen las desigualdades sociales de la salud, lo que nos lleva a concluir que el abordaje de las desigualdades no se puede reducir únicamente a la atención de los problemas de salud desde el sistema biomédico, sino que el propósito de fomentar la salud debe ser algo primordial en todos los sectores de la sociedad más allá del sanitario y, en consecuencia, incorporado y tenido en cuenta en todas las decisiones y formulación de políticas sociales. Esta aproximación recibe el nombre de *salud en*

todas las políticas y ha sido ampliamente desarrollada con el fin de fomentar que los organismos y cargos políticos tomen conciencia de las implicaciones que su tarea tiene sobre la salud poblacional (World Health Organization, 2014). Asimismo, el modelo en cuestión incorpora el impacto de los ejes de desigualdad sobre el efecto de los determinantes estructurales e intermedios en la generación de estas desigualdades sociales de la salud. Sin embargo, son múltiples las contribuciones que han considerado que el estudio de los ejes de desigualdad como elementos independientes en la creación de desigualdades es insuficiente y que, en el contexto real, estos actúan de forma combinada generando formas de opresión y exclusión únicas para cada persona (Couto *et al.*, 2019). Estas voces consideran que las formas de opresión resultantes no son la mera suma de los efectos de los diferentes ejes de desigualdad, sino que existe una interacción (efecto multiplicativo) entre los mismos. Este fenómeno recibe el nombre de *interseccionalidad*, y procuraremos abordarlo más adelante en este artículo.

Algunos ejemplos actuales sobre desigualdades sociales en salud

Como ya hemos visto, la relación entre pobreza y salud es algo extensamente sabido y estudiado. Florence Nightingale (1859), el Black Report (1980), el informe Lalonde (1974) y la Organización Mundial de la Salud son ejemplos clásicos de cómo la asociación entre la salud y las condiciones de vida en que viven las personas ha sido objeto de interés y estudio por parte de profesionales de todas las disciplinas de salud, perfiles investigadores y organismos políticos.

A modo de ejemplo, en nuestro contexto, una revisión sistemática realizada a partir de publicaciones comprendidas entre los años 2000 y 2017 que analizaban la existencia de desigualdades sociales en la salud de la población de más de sesenta y cinco años en España determinó la existencia de desigualdades sociales en todos los indicadores de salud estudiados. Más específicamente, el nivel de estudios y los indicadores ecológicos (los que hacen referencia al entorno estructural de las personas) se identificaron como los que más desigualdad evidenciaban. Así, por ejemplo, el bajo nivel de estudios se asociaba de forma inversa a la fragilidad, la dependencia y la discapacidad. En cuanto a la salud autopercebida –un indicador ampliamente utilizado en los estudios de salud poblacionales para su facilidad de recogida y fiabilidad– se vio directamente asociada, y de forma significativa, con el nivel de estudios, la posición socioeconómica, el nivel de ingresos y el empleo, entre otros, mientras que presentaba una relación inversa con la privación del área de residencia: cuanta más privación, menor salud autopercebida (Manchón *et al.*, 2020). Estos resultados también mostraron diferencias de esta desigualdad según el sexo; así, las mujeres, presentaban una desigualdad más marcada, lo que reafirma la importancia de un análisis interseccional de las desigualdades sociales en salud.

Actualmente vivimos un momento social y sanitariamente histórico con la irrupción mundial de la pandemia por covid-19. Hemos visto cómo el ritmo mundial se ha visto alterado y cómo poblaciones enteras se han tenido que confinar en sus hogares durante largos periodos de tiempo. Sin embargo, si bien el mensaje general ha sido que el virus afecta a todo el mundo por igual y que todas las personas están igualmente expuestas, los datos acumulados tras todos estos meses no muestran, ni mucho menos, una distribución homogénea entre la población. Si cogemos, a modo de ejemplo, los datos recogidos en la ciudad de Barcelona entre los meses de marzo y agosto de 2020, se puede observar una asociación entre la incidencia de casos y el nivel socioeconómico de la población. Así, según los datos de renta personal de 2016, el quintil poblacional con mayor privación socioeconómica presenta un 52% más de riesgo de contraer la infección por covid-19 que el quintil con menor privación. Barrios con mayor privación socioeconómica como La Marina del Port Vermell (Sants-Montjuïc) o Torre Baró (Nou Barris) tienen unas incidencias de 3.371 y 2.517 casos diagnosticados por cada 100.000 habitantes, respectivamente, muy por encima de la media de la ciudad, que se sitúa en los 1.269 por cada 100.000 habitantes; mientras que en Pedralbes (Les Corts), la incidencia es de 692 casos por cada 100.000 habitantes (Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2020). Los datos son claros, cuanto más privación socioeconómica, más riesgo de infección por covid-19, y están en consonancia con la bibliografía existente, poniendo de manifiesto cómo la pandemia ha tenido un impacto desigual según la clase social. De nuevo, los datos dejan en evidencia el vínculo entre pobreza y mala salud.

Con todo, el abordaje de estas situaciones de salud requiere, necesariamente, de una mirada amplia que contemple de forma íntegra la complejidad de esta realidad social. Si volvemos a la frase de Geoffrey Rose con la que iniciábamos este artículo y nos preguntáramos *¿por qué esta persona ha contraído esta enfermedad* (por ejemplo, la infección por covid-19) *en esta oportunidad?*, las respuestas no las encontraríamos ni en su código genético ni en sus características biológicas, sino en las condiciones sociales en que esta persona vive, trabaja y se relaciona: un estado de la vivienda deteriorado, con poca ventilación, donde conviven muchas personas o donde no se puede garantizar la distancia en caso de tener que aislar posibles casos contagiados; condiciones laborales precarias que aumenten la exposición; o el acceso desigual a los recursos necesarios para satisfacer las necesidades personales básicas. Todos estos elementos nos acercarán a las respuestas necesarias para comprender el fenómeno de forma íntegra y más allá del mero diagnóstico, tal y como nos emplazaba Rose. Llegados a este punto, consideramos conveniente recordar la cita de Michael Marmot, quien afirmaba que, si las causas principales de la mala salud son sociales, también lo serán los remedios (Marmot, 2005).



Con la irrupción mundial de la pandemia por covid-19, los datos acumulados tras todos estos meses no muestran, ni mucho menos, una distribución homogénea entre la población

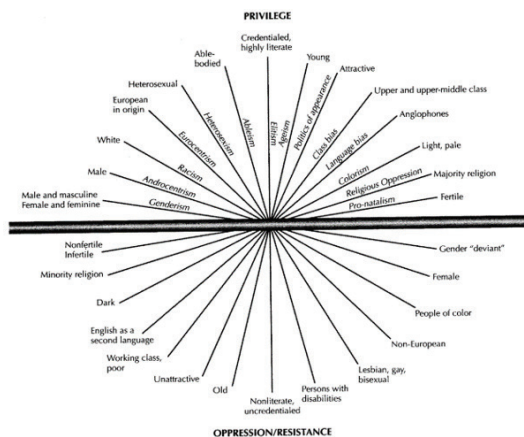
Michael Marmot afirmaba que, si las causas principales de la mala salud son sociales, también lo serán los remedios

Interseccionalidad, donde se cruzan las desigualdades

El término *interseccionalidad* fue empleado por primera vez por la académica y activista Kimberlé Crenshaw en los años noventa, vinculado a sus estudios feministas sobre experiencias de racismo y discriminación de mujeres afroamericanas en Estados Unidos. Crenshaw defendía que las experiencias de opresión de las personas no pueden ser entendidas a través de aspectos únicos de su identidad, sino por la interacción de múltiples identidades simultáneas (Crenshaw, 1989). Patricia Hill Collins (1993) añadía que hay que huir de las aproximaciones que tienden a conceptualizar la opresión como la mera suma de desigualdades entendidas de forma dicotómica (hombre/mujer, blanco/negro, clase alta/baja, etc.). Collins apunta que el pensamiento dicotómico no es solo reduccionista en la captura de la complejidad de la realidad social que se quiere describir, sino que puede convertirse en problemático debido a que tiende a establecer una única clasificación entre oprimidos y opresores, donde la posibilidad de que ambas situaciones se produzcan de forma simultánea queda automáticamente imposibilitada (Collins, 1993). La mirada interseccional aboga, por tanto, por una firme creencia de que las experiencias humanas no pueden ser entendidas desde el prisma de una única categoría o eje de desigualdad, y considera que las diferentes posiciones que ocupan las personas en la escala social están construidas socialmente, son flexibles y fluidas y se deben contextualizar en el tiempo y el espacio. Así, las identidades se tornan fenómenos dinámicos, supeditados al tiempo y al espacio, donde una persona puede autoidentificarse y experimentar diferentes identidades, simultáneamente o asincrónicamente, en función del contexto o del momento vital (Kapilashrami *et al.*, 2015).

Figura 3. Modelos de representación del concepto de interseccionalidad

Figura 3.a. Intersección de los ejes de privilegio, dominación y opresión (*Intersecting Axes of Privilege, Domination and Oppression*)



Fuente: Morgan, K. P. (1996). Describing the Emperor's New Clothes: Three Myths of Educational (In-) Equity. En D. Ann, B. Houston, K. P. Morgan y M. Ayim (Eds.). *The Gender Question in Education. Theory, Pedagogy and Politics* (1st ed.). Routledge.

Figura 3.b. Inseccionalitat dispueta en un diagrama de roda (*Intersectionality Displayed in a Wheel Diagram*, 2009)



Fuente: Simpson, J. (2009). *Everyone Belongs: A toolkit for Applying Intersectionality*. Canadian Research Institute for the Advancement of Women (CRIAOW).

Más centrado en el ámbito de la salud y la salud pública, Hankivsky define que, de acuerdo con la perspectiva interseccional, las desigualdades nunca son el resultado de factores únicos y/o independientes, sino el resultado de la intersección entre diferentes posiciones sociales, relaciones de poder y experiencias (Hankivsky *et al.*, 2014). La aproximación interseccional desafía las prácticas que dan privilegio a un único eje de desigualdad y enfatiza la existencia de configuraciones variadas y fluidas que definen los diferentes posicionamientos y procesos sociales que terminan actuando como productores de desigualdad social y de salud. Su comprensión requiere del conocimiento y análisis de las jerarquías y de los sistemas de dominación existentes que impregnan la sociedad y explotan y controlan sistemáticamente la vida de las personas. Asimismo, la interseccionalidad se convierte en un paradigma de investigación que tiene por objetivo considerar la complejidad en cuanto a las formas de creación y mantenimiento de las desigualdades sociales y de salud de una forma íntegra (Hankivsky, 2012).

Con el fin de ejemplificar cómo se ha intentado representar de forma gráfica la complejidad que recoge esta aproximación, la figura 3.b muestra el modelo sobre interseccionalidad propuesto por el Instituto de Investigación Canadiense para el desarrollo de las mujeres (CRIAOW). Dispone los diferentes ejes de opresión y exclusión de forma concéntrica e interrelacionada con el fin de captar las múltiples dimensiones que configuran la experiencia; desde los elementos más individuales hasta aquellos más estructurales. El esquema propuesto sitúa en el núcleo del modelo las circunstancias únicas de cada

persona, seguido de un segundo círculo donde se hace referencia a los aspectos relacionados con la identidad, así como las condiciones en que las personas viven y trabajan (determinantes sociales de la salud), los ejes de desigualdad, las experiencias únicas, etc. El tercer círculo sitúa las diferentes formas de discriminación que impactan en el desarrollo de la identidad y de las experiencias vitales y, finalmente, el cuarto círculo se relaciona con las condiciones estructurales de tipo sociopolítico que refuerzan las estructuras de exclusión.

Pueden diferenciarse tres estrategias principales e interconectadas: (1) la interseccionalidad como aproximación epistemológica, (2) como estrategia metodológica y de análisis y (3) como instrumento de acción e intervención social

Históricamente, la tradición biomédica ha estudiado y ha medido las cuestiones de salud desde una perspectiva androcéntrica que sitúa al hombre, blanco, heterosexual y de clase media-alta en el centro de su teoría (Rogers y Kelly, 2011), empleándolo como patrón desde donde fundamentar las bases de su conocimiento, lo que ha llevado a la consolidación de un discurso a menudo demasiado rígido para acomodar la realidad que presenta la diversidad social de la que formamos parte. Todo lo que se escapa del discurso hegemónico dominante es minimizado, no reconocido o negado, forzando a las personas que no encajan a iniciar largos itinerarios terapéuticos dentro o fuera del sistema. Este hecho se pone de manifiesto tanto en infradiagnóstico ante cuadros clínicos definidos como atípicos o inespecíficos –como podría ser el caso de la expresión sintomática del infarto agudo de miocardio en mujeres–, la falta sistemática de una representación equivalente entre sexos en los ensayos clínicos u otros estudios, la existencia de retrasos en el tiempo de asistencia de colectivos racializados o el exceso de prescripción farmacológica ansiosa-depresiva que presentan las mujeres en relación con su contrapartida masculina, entre otros (Ruiz Cantero, 2019). No obstante, con el propósito de romper con esta tendencia sesgada, se han introducido diferentes modelos que velan por aplicar la mirada interseccional en los estudios sobre salud y salud pública. De entre estas aplicaciones, pueden diferenciarse tres estrategias principales e interconectadas: (1) la interseccionalidad como aproximación epistemológica, (2) como estrategia metodológica y de análisis y (3) como instrumento de acción e intervención social (Heard *et al.*, 2020). El primer supuesto, adoptar la interseccionalidad como marco teórico, implica reconocer que las experiencias individuales son el resultado del conjunto de relaciones complejas entre identidades individuales y el efecto de los sistemas sociales de poder, situando a las personas en un contexto político y social complejo y cambiante. Esta forma de aproximación epistemológica ofrece una alternativa a los modelos de salud centrados en las conductas que reducen la población a individuos descontextualizados capaces de responder de forma similar a cualquier intervención de salud. En cuanto a la segunda alternativa, la aplicación de la interseccionalidad como estrategia metodológica y analítica, McCall (2005) distingue entre tres tipos de enfoques: (a) el anti-categorístico, que vela por la deconstrucción de las categorías sociales hegemónicas como el género, la clase o la etnicidad, entre otros (véase, por ejemplo, la teoría Queer) (b) el intra-categorístico, que se centra en grupos sociales concretos y situados en contextos determinantes y que se encuentran en los márgenes de las identidades, en las intersecciones,

y (c) el inter-categorico, que se centra en el cruce entre múltiples categorías de análisis (McCall, 2005).

Aplicado en términos de salud y salud pública, la aplicación de una perspectiva interseccional implica el estudio y posterior abordaje de los problemas de salud de la población de una forma amplia y sensible a los diferentes ejes de desigualdad. Así, si consideramos la aplicación de la interseccionalidad en la investigación cuantitativa en salud desde un enfoque inter-categorico aplicado al análisis de los datos, la estratificación de los resultados de salud según categorías sociales permite valorar el efecto interseccional y multiplicativo entre las mismas. En estudios sobre buena salud autopercibida en Cataluña, por ejemplo, se observa sistemáticamente un patrón de género y edad en que las mujeres manifiestan peor calidad de vida que los hombres en todas las franjas de edad y de forma progresiva. Sin embargo, si añadimos la variable clase social (ya sea en términos de nivel de ocupación o nivel de estudios) y/o categorías que recojan aspectos relacionados con la etnicidad (el país de origen o el estado migratorio, por ejemplo) vemos que el patrón de género no solo se mantiene, sino que se ve exacerbado en las clases más desfavorecidas socioeconómicamente y en aquellas que son nacidas en áreas empobrecidas fuera del contexto español; ser mujer, de clase social baja y migrante procedente de países de renta baja tiene un efecto multiplicativo en el riesgo de mala salud (Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, 2016; Malmusi *et al.*, 2010).

Finalmente, la aplicación de la interseccionalidad también puede tomar una vertiente más aplicada si se emplea no solo como estrategia para evidenciar las desigualdades sociales, sino como fórmula para combatir las. Hacerlo, implica para los profesionales que velan por la salud de las comunidades buscar estrategias innovadoras que pongan el foco y trabajen tanto a nivel micro, las personas, como macro, las políticas de salud. Con este propósito, un equipo de Canadá diseñó una herramienta para el análisis y detección de desigualdades en las políticas de salud, sistematizando así el proceso de revisión y reformulación de las mismas con el fin de alcanzar soluciones transformadoras para la equidad y la justicia social (Hankivsky *et al.*, 2014).

Si bien estas aportaciones sobre la aplicación de la interseccionalidad son de enorme valor teórico y técnico, nos resulta imposible no pensar y cuestionarnos cómo pueden aplicarse en el ámbito cotidiano de las relaciones entre profesionales y población. Como profesionales de la salud nos planteamos: ¿es posible la aplicación de una perspectiva interseccional en la tarea diaria de los profesionales de la salud *a pie de cama* o en consulta? ¿Cómo puede llevarse a cabo una acción en salud que se dirija íntegramente a dar respuesta a las necesidades sociales y de salud de la población de hoy, desde una mirada interseccional? En definitiva, ¿qué significa incorporar una perspectiva interseccional para los profesionales de la salud y otras disciplinas que velan por la mejora de la salud y el bienestar de las comunidades?



En estudios sobre buena salud autopercibida en Cataluña se observa sistemáticamente que las mujeres manifiestan peor calidad de vida que los hombres en todas las franjas de edad

La experiencia de enfermedad desde la interseccionalidad

La experiencia de enfermedad (*illness*) puede ser entendida como un fenómeno propio de la existencia, lo que conlleva que para su aproximación sea necesario el uso de un método que permita la descripción de la existencia y de los aspectos que son propios de la misma (Parish, 2008). Varios autores (Carel, 2011, 2012; Desjarlais y Jason Throop, 2011) señalan la fenomenología como un método útil para este objetivo ya que describe la existencia focalizando la atención en la conciencia de los fenómenos, en cómo se nos aparecen y cómo los percibimos, y no tanto cómo son en realidad. En definitiva, es el método que permite la descripción directa de la experiencia tal y como es (Carel, 2012; Merleau-Ponty, 1945) a partir de una actitud hacia la misma que incluye los pensamientos, las imágenes, los sentimientos, las emociones, los humores, las sensaciones, las percepciones, los juicios, así como de las propiedades atribuidas a los objetos físicos, a los cuerpos, a las personas, a los animales, etc. (Throop, 2009). Sin embargo, a pesar de su demostrada utilidad, la difuminación entre lo subjetivo y lo objetivo de la realidad ha hecho que el método, hasta la actualidad, choque frontalmente con el paradigma positivista, lo que explica su escasa adhesión, de modo general, por parte de la biomedicina. Solo algunas disciplinas en salud y algunos profesionales han tomado conciencia del potencial del método y la usan para: 1) poder adaptarse a un modelo, el biomédico, con un marco mental que no encaja con todas las realidades y, por lo tanto, no da respuesta a la diversidad de situaciones a las que deben enfrentarse, 2) para encontrar sentido a su profesión al recordar que la experiencia de enfermedad no se construye individualmente sino socialmente y es fruto de la interacción de múltiples identidades, y 3) para resituar la relación con el usuario a partir de la comprensión de su experiencia de enfermedad, entendida dentro del continuum de la existencia y no como un hecho aislado y desvinculado de la vida de la persona.

La aproximación a la experiencia de enfermedad desde la interseccionalidad implica observarla identificando la confluencia de ejes de desigualdad

La aproximación a la experiencia de enfermedad desde la interseccionalidad implica observarla identificando la confluencia de ejes de desigualdad. La propia concepción del cuerpo, por ejemplo, esencial en la experiencia de enfermedad, así como de los procesos que permiten tomar conciencia del mismo, de sus necesidades, de sus límites, de la relación que se mantiene con el mismo y de sus partes, está sujeta a condicionantes estructurales y oportunidades contextuales. A continuación, se presentan tres casos cercanos a las investigadoras con los que se pretende ejemplificar esta confluencia y poner de manifiesto la relevancia de una comprensión holística y libre de juicios de la experiencia subjetiva de salud y enfermedad que manifestamos las personas en los diferentes momentos de la vida.

El primer caso, el de Muntsa, es el de una mujer con una enfermedad limitante, de media edad, viuda en su juventud, que tuvo que trabajar de sol a sol en el negocio familiar para criar a sus hijos y que no ha sido hasta sus cincuenta años que ha podido cursar estudios y tomar conciencia de que en el mundo de la vida tiene lugar pensar en el cuerpo.

[Pensar en el cuerpo] es algo que yo no había hecho nunca. Partiendo de la base de que yo tengo 51 años, he vivido en mi vida momentos difíciles y complicados, y de joven, yo me quedé viuda muy joven, con 26 años y tenía dos niños pequeños, y mi cuerpo es como un compañero. No me ha fallado nunca, siempre me ha acompañado, no he sentido nunca el no puedo, hasta ahora. Además, curiosamente, al matricularme en la universidad [...] tuve la oportunidad de decir “Ostras es que existe pensar en tu cuerpo, en qué es tu cuerpo” Que todas estas reflexiones son de ahora. Yo jamás me había parado a pensar en mi cuerpo, no he tenido nunca la necesidad, hasta ahora. Ahora sí. (Muntsa, 2020)



La concepción y relación que Muntsa ha mantenido a lo largo de la vida con su cuerpo, así como las prácticas de cuidado, han estado condicionadas por el género, la edad, el estado civil y la clase social. Del mismo modo, ahora, en situación de enfermedad, éstas configuran una particular experiencia de enfermedad que la hacen única, y no puede ser comparable con la de ninguna otra persona. Por tanto, el posicionamiento y la actitud de afrontamiento ante las consecuencias de la enfermedad tales como la dependencia, la limitación o la pérdida también serán particulares, pero estarán a disposición de los eventos que ocurran en el presente para su reformulación.

Los ejes de desigualdad que existían en el pasado, y que han sido encarnados por la persona, y los del presente se conjugan en la experiencia de enfermedad aportando mayor complejidad a su aproximación. Esto se puede observar con mayor claridad en el caso de Marcos, un hombre de sesenta y ocho años, con estudios básicos, que trabajó como asalariado y como autónomo al mismo tiempo durante más de treinta años. Su trabajo de autónomo le exigió estar constantemente actualizado en el ámbito político, económico y social y desarrollar la capacidad narrativa como táctica para asegurar el negocio. Después de más de veinticinco años sin ningún problema de salud importante, recientemente se le ha diagnosticado un tumor, lo que le ha llevado a iniciar un tratamiento terapéutico.

En la primera visita médica con el cirujano, antes de recibir la confirmación del diagnóstico, Marcos fue interrogado sobre el conocimiento que tenía de su estado de salud. En este procedimiento, Marcos, a pesar de ser hombre, blanco, de mediana edad, de clase media y con una concepción del cuerpo compartida con la biomedicina y propia de las sociedades occidentales (instrumental, donde el cuerpo es entendido como objeto dado por la naturaleza, individual, fragmentable, accesible y separado de lo que le rodea), no encajó en el patrón de paciente “tipo” de la biomedicina.

En su caso, durante las preguntas del profesional, las respuestas de Marcos no cumplieron con las expectativas de la biomedicina. Fueron respuestas narrativas, largas, llenas de asociaciones de ideas que llevaban a otros problemas de salud de poco interés para el profesional y con formulaciones de hipótesis predictivas que eran o bien incorrectas desde el punto de vista biomédico o la biomedicina no llegaba a darles respuesta. Esto llevó al profesional a recomendar a Marcos dejarse llevar por lo que le era dicho por los profesionales y no “realizar ninguna interpretación” sobre su problema de salud, la posible evolución de los acontecimientos o el resultado del proceso terapéutico, alegando que cualquier interpretación que realizara sería errónea. Sin embargo, Marcos siguió respondiendo de acuerdo a un patrón encarnado de hombre, definido en el pasado y determinado por un contexto particular, hasta que la sucesión de recordatorios de “no interpretar” llegó a tocar su identidad. En ese momento Marcos dejó de compartir supuestos y también sus miedos y esperanzas. Dejó de mostrar su modo de afrontar la amenaza de supervivencia: la búsqueda en sus fuentes de conocimiento, entre ellas la experiencia, y el compartir narrativamente con el otro. En definitiva, dejó de mostrar su mundo y, en él, de mostrarse él mismo. Se le hizo evidente la relegación de su subjetividad a un segundo término y la negación de la capacidad de acción conocida en el proceso de enfermedad, impactante, ambas cosas, en su experiencia de enfermedad. La consecuencia de este hecho, sin embargo, cabe esperarla más allá del presente. Teniendo en cuenta que los procesos narrativos en torno a la enfermedad en la que participan usuarios, familiares y profesionales construyen el significado de enfermedad (Good, 2003), la narrativa generada en la consulta probablemente impactará en el significado que Marcos atribuirá a la suya, condicionando la actitud que pueda tener en el futuro.

Este caso pone de manifiesto no solo los ejes que interseccionan en la vivencia de enfermedad por parte de Marcos, sino aquellos que confluyen en el marco mental de la persona profesional que actúa como interlocutor. La comprensión de la *illness* implica necesariamente la toma de conciencia sobre cuál es el posicionamiento que el personal de salud adopta y desde dónde se genera su marco de escucha hacia el otro. Más adelante, en este artículo, se expone como DasGupta (2008) incorpora el concepto de humildad narrativa para hacer referencia a este proceso de auto-reflexividad, el cual es esencial en lo que debe ser la base de la relación terapéutica.

En el tercer caso que se presenta, el de Maura, la orientación hacia el futuro es clara como consecuencia del significado atribuido a la enfermedad. Maura es una mujer sin cargas familiares, con formación en el ámbito de la salud y estudios de tercer ciclo. Tiene un trabajo por cuenta ajena que le permite mantener un nivel de vida medio-alto. Describe un problema de salud crónico, iniciado cuando tenía treinta y cinco años, para el que, seis años después, aún no ha obtenido una etiqueta diagnóstica.

En su caso, la identificación de ejes de desigualdad a partir de su experiencia de enfermedad le han configurado una particular concepción del cuerpo y el mantenimiento de una relación con el mismo completamente diferente al de Muntsa y Marcos. El contacto de Maura con la enfermedad comienza con un proceso de enfermedad crónica de su madre. En ella pudo observar cómo el hecho de ser mujer, dedicada a las tareas del hogar y sin estudios la perjudicaron en una diversidad de situaciones médicas donde su discurso fue minimizado o no resonó con la importancia que creía merecida. Ante este hecho, y con el propósito de transformar la realidad vivida, decide formar parte del colectivo biomédico sufriendo un proceso de enculturación durante el periodo de formación. Sin embargo, poco después de formar parte del mismo, iniciaría otro proceso, de ruptura con los supuestos de la biomedicina, que sería el resultado de la observación de sus limitaciones. Este proceso culminaría a los treinta y cinco años, cuando percibiría desigualdades en la experiencia de la enfermedad propia y cuando aparecería un conjunto de síntomas que, al limitar su cotidianidad, la llevarían a pedir ayuda profesional. La dificultad, sin embargo, radica en el hecho de no encajar en ninguna etiqueta diagnóstica, lo que derivaría, a veces, en una negación por parte de los profesionales de la existencia de un problema de salud, en otros, a pasar su caso de un profesional a otro y, finalmente, en una explicación causal de origen psicosomático o psicológico.



El efecto de la travesía vivida por Maura es una concepción del cuerpo donde éste es fuente de expresión y respuesta a las fuerzas sociales a las que como sujeto ha sido sometida. Siendo así, entiende que el cuerpo puede expresar aspectos que no pueden ser comprendidos desde un punto de vista biologicista. En este sentido, el cuerpo debe ser escuchado a pesar de que la información no encaje con la clasificación establecida por la biomedicina.

El posicionamiento de Maura respecto al cuerpo, junto con la identificación de ejes de desigualdad, como el hecho de ser mujer, joven y soltera, es lo que la empujó a adoptar una actitud de lucha, resistencia y rebelión. Esta actitud es la que ha mantenido a lo largo de los últimos años, y la que mantiene orientada al futuro, hasta conseguir una teoría explicativa que le resulte válida para poder vivir la vida que quiere vivir con su problema de salud.

Vivir una “buena” vida, a pesar de la enfermedad, se convierte en el propósito de las personas con enfermedades que ocasionan una ruptura de lo cotidiano (Insa-Calderón, 2015). Entre los elementos que configuran una “buena” vida encontramos la construcción de una experiencia de enfermedad con unas características determinadas, pero en la que pasado, presente y futuro se conjugan en un mismo momento. El reto para los profesionales, tal y como se puede desprender de los tres casos expuestos, no es el acceso a la experiencia de enfermedad, sino mirarla desde la confluencia de desigualdades sociales y actuar de acuerdo con el gradiente resultante.

Vivir una “buena” vida, a pesar de la enfermedad, se convierte en el propósito de las personas con enfermedades que ocasionan una ruptura de lo cotidiano

El reto de la formación de los futuros profesionales de la salud

Cada vez más, las facultades en ciencias de la salud son llamadas a incorporar una mirada sensible con la responsabilidad social en su ejercicio académico

Desde nuestra experiencia personal como docentes en grados y másteres universitarios en ciencias de la salud, nos hemos cuestionado múltiples veces cómo estamos contribuyendo al desarrollo de las nuevas generaciones de profesionales de la salud para atender una realidad social cada vez más compleja y cambiante. Cada vez más, las facultades en ciencias de la salud son llamadas a incorporar una mirada sensible y comprometida con la responsabilidad social en su ejercicio académico. Así, en los últimos años, el estudio del efecto de los determinantes sociales sobre la salud de la población y la aparición de desigualdades sociales y de salud se ha generalizado, si bien esto supone un reto mayúsculo para la docencia en salud.

Aunque el interés en la formación de acuerdo con los DSS ha ido en auge, es muy poca la literatura disponible sobre el impacto real de esta docencia en la adquisición de competencias y habilidades para la reducción de las desigualdades sociales por parte de quienes serán los futuros profesionales de la salud. Por ejemplo, se ha visto que a menudo se tiende a la sobreinformación sobre el efecto a gran escala de los DSS en la salud de la población, sin que esto aporte un conocimiento real sobre los recursos, las habilidades y las acciones al alcance de los profesionales para combatir el efecto, lo que puede generar un sentimiento abrumador en el estudiantado. En esta línea, Sharma (2018) destaca que la aproximación actual que se hace de las teorías sobre determinantes sociales de la salud en las formaciones universitarias se acerca más a fórmulas descriptivas que consideran los DSS como elementos a tener en cuenta en lugar de concebirlos como condiciones a ser cuestionadas y modificadas (Sharma *et al.*, 2018).

En esta línea, un equipo investigador de la Universidad de Nueva York ha sugerido el término *competencia estructural* para hacer referencia a esta capacidad profesional. La definen como “un marco para la conceptualización y el abordaje de situaciones relacionadas con la salud y la justicia social, que enfatiza el reconocimiento de aquellas condiciones económicas y políticas productoras de desigualdades en salud” (Hansen y Metzler, 2019; Metzler y Hansen, 2014; Metzler y Petty, 2017). Para Metzler y Hansen, es prioritario que los profesionales comprendan las barreras estructurales al abordar cualquier caso clínico. Por este motivo, la llamada competencia estructural pretende evaluar la capacidad del estudiantado para identificar la relación entre las características y las condiciones sociales, culturales y estructurales que afectan a las personas y sus desenlaces de salud, así como demostrar conocimiento y comprensión sobre los mecanismos mediante los cuales estos factores sociales moldean los resultados de salud. Esta competencia, por tanto, va más allá de la mera identificación de causas probables de mala salud y vela por la comprensión de los mecanismos complejos de producción de salud y enfermedad.

Sin embargo, las estrategias que se empleen también deben ser capaces de incorporar y promover la adquisición de una mirada amplia e integradora, que tanto ponga el foco en los elementos estructurales de la salud, como en la vivencia subjetiva de las personas. La escucha es trascendental en este proceso de comprensión profunda de la vivencia ajena. Pero aquí nos preguntamos: ¿basta con ofrecer el espacio necesario para que las personas expresen (verbalmente o no) su experiencia? ¿Qué barreras existen entre profesionales y pacientes que puedan limitar la mutua comprensión y la creación de una genuina relación de ayuda? ¿Qué privilegios ostentan los profesionales de salud y cómo se convierten en una limitación en la relación y el proceso de empatía?



DasGupta propone el concepto de humildad narrativa (*narrative humility*), en el que enfatiza la necesidad de que los profesionales de salud tomen conciencia de sus propios prejuicios, creencias y marcos de escucha, no solo ante la diversidad cultural, sino ante cualquier narrativa (DasGupta, 2008). Se reconoce, por lo tanto, que las vivencias subjetivas de las personas no son algo que pueda ser circunscrito o simplificado al mero relato o a las lógicas objetivas, sino entidades dinámicas a las que aproximarse e involucrarse con toda su complejidad y asumiendo, al mismo tiempo, la posibilidad de contradicciones y ambigüedades. La humildad narrativa también emplaza a los profesionales de salud a reconocer el propio desconocimiento y a construir *con* el otro un espacio de conocimiento mutuo donde ambas partes cooperan desde sus realidades y marcos de saber, desafiando los desequilibrios jerárquicos preexistentes entre ambas partes. En esta misma línea, Kumagai y Lybson (2009) plantean la necesidad de una formación de los profesionales de salud que los capacite para abordar los problemas de salud en los diferentes contextos sociales, y enfatizan la importancia de adquirir una conciencia crítica (*critical consciousness*) que incluya una toma de conciencia sobre la propia posición de privilegio que se produce en la relación profesional - paciente, fomentando una reorientación de la práctica hacia acciones comprometidas con la justicia social (Kumagai y Lybson, 2009).

A modo de ejemplo, un estudio publicado relativo a la efectividad de una experiencia piloto en San Francisco, en Estados Unidos, sobre la implementación de un curso de formación para la incorporación de la competencia estructural en la práctica asistencial dirigido a profesionales de salud de diferentes categorías y ámbitos, consideraba que la formación que se ofrecía era adecuada para complementar los vacíos percibidos en la formación reglada, dotando a las personas aprendices para comprender y dar respuesta a los diferentes elementos estructurales que influyen en la salud de las personas y las comunidades (Neff *et al.*, 2020). En la tabla 1 se exponen los diferentes resultados de aprendizaje que se describieron para dicha formación, de acuerdo con el marco conceptual de la competencia estructural descrito por sus autores (Metzler y Hansen, 2014).

Tabla 1. Resultados de aprendizaje de una formación sobre competencia estructural dirigida a profesionales de la salud

Resultados de aprendizaje	
<i>Tras haber completado la formación, el estudiantado será capaz de:</i>	
1.	Reconocer las influencias de las estructuras en la salud de las personas.
2.	Reconocer las influencias de las estructuras en la práctica asistencial.
3.	Generar estrategias para dar respuesta a dichas estructuras en el ámbito clínico.
4.	Generar estrategias para dar respuesta a dichas influencias estructurales más allá del ámbito clínico.
5.	Integrar la humildad estructural ² como aproximación aplicable dentro y fuera de los ámbitos asistenciales.

Fuente: Neff *et al.*, 2020.

Con todo, se trata, pues, de favorecer la adquisición de habilidades y competencias profesionales *totales* que permitan mirar la complejidad de los fenómenos de salud de cerca y de lejos al mismo tiempo, como si de la lente de una cámara fotográfica se tratara, actuando en los diferentes niveles de intervención: intrapersonal, interpersonal, clínica, comunitaria, investigación y política. Recogiendo la experiencia descrita en la tabla 1, el punto 1 se refiere a la comprensión por parte de los profesionales de la salud de los mecanismos únicos mediante los cuales los DSS interrelacionan y operan sobre los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones, mientras que el punto 2 reflexiona sobre cómo la propia práctica asistencial e institucional realizada por los profesionales puede constituir, si no es debidamente revisada y ajustada, una forma de mantenimiento de las desigualdades. Los puntos 3 y 4 emplazan a la búsqueda de estrategias que permitan revisar dichas influencias estructurales tanto dentro de los entornos institucionales como fuera, en el ámbito comunitario. Finalmente, el punto 5 propone la humildad estructural como posicionamiento necesario de los colectivos profesionales, que podría equipararse a la propuesta de *humildad narrativa* propuesta por DasGupta. Sin embargo, la estrategia que se adopte no podrá ir desligada de la colaboración multi-profesional y comunitaria, donde agentes sociales, educadores, sanitarios, entre otros, cooperen de forma coordinada en la consecución de dichas metas comunes. Y es que, tal y como dice el proverbio *Health is Wealth*³, la salud es un condicionante clave del bienestar de las personas y las comunidades, así como de su capacidad para desarrollarse y adquirir las metas vitales que se proponen. La salud, tal y como se ha expuesto extensamente en este artículo, no puede entenderse desligada de los elementos sociales que condicionan las vidas individuales y colectivas, por lo que el abordaje de las cuestiones relativas a la salud no puede ser sino coordinado con los diferentes colectivos profesionales que velan por el bienestar de las comunidades.

El abordaje de las cuestiones relativas a la salud no puede ser sino coordinado con los diferentes colectivos profesionales que velan por el bienestar de las comunidades

Sin embargo, se trata de ofrecer las herramientas de aprendizaje necesarias para adquirir competencia y habilidad para la actuación –según lo que Frieden (2010) consideraría– en la base de la pirámide del impacto en salud. Es en esta base (figura 4) donde los esfuerzos para alcanzar mayores niveles de salud y bienestar a nivel poblacional se dirigen hacia la mejora de las condiciones socioeconómicas y la modificación de los entornos para que las opciones saludables se conviertan no solo en la opción predeterminada, sino en la más fácil.



Figura 4. La pirámide del impacto en salud



Fuente: Frieden, 2010.

Conclusiones

Con este artículo hemos procurado una aproximación holística a lo que creemos que es uno de los mayores retos de las profesiones sociales y de salud en el futuro de nuestro contexto: la búsqueda de una atención en salud más humanizada, socialmente integrada y dirigida a la consecución de comunidades y entornos más equitativos y saludables. La pobreza, así como la desigualdad social, condiciona innegablemente la salud de las personas, y así se ha recogido extensamente en la literatura científica de las últimas décadas. Sin embargo, con este texto, hemos querido ir más allá del análisis de indicadores de salud y hemos intentado proponer una reflexión más amplia sobre lo que implica abordar la desigualdad social desde el ámbito de la salud. Asimismo, hemos querido ejemplificar cómo la lógica biomédica, si bien amparada en el rigor del método científico, no está exenta de limitaciones a la hora de comprender de forma íntegra los procesos de salud y enfer-

medad de las personas que conformamos las sociedades de hoy, así como sus experiencias subjetivas de enfermedad. Es en la propuesta de una mirada integral y holística que hay que dirigir los esfuerzos de las profesiones sanitarias a la promoción y restauración de la salud, abordándola desde el prisma de los determinantes sociales y la reducción de las desigualdades sociales de la salud. Ahora bien, aterrizar la propuesta a la realidad asistencial y de la formación de las futuras generaciones de profesionales de la salud constituye uno de los grandes retos que se nos plantea.

El presente artículo esboza estrategias que hacen factible la aplicación de una perspectiva interseccional en lo cotidiano de las relaciones entre profesionales de la salud y población, planteándolas en dos niveles diferenciados: a nivel colectivo, mediante el reconocimiento de las diferentes estructuras y DSS que influyen en la salud y la enfermedad, y a nivel individual, a través de la comprensión de la *illness* desde una posición de humildad narrativa por parte de los profesionales de la salud. Asimismo, se ha puesto de manifiesto que la aproximación colectiva requiere de una voluntad de ir más allá de la mera recogida de información relativa a los determinantes sociales o ejes de desigualdad individuales, para elaborar un reconocimiento de los mecanismos mediante los cuales estos condicionantes interrelacionan y operan para generar situaciones únicas de salud y enfermedad que, irremediablemente, se manifiestan en la *illness*.

A modo de reflexión, para concluir cabe destacar que la recogida de información relativa a los factores condicionantes de las personas constituye una paradoja en sí misma: si bien se convierten en primordiales en la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad como fenómenos sociales y culturales, de acuerdo con Zuboff (2019), los datos relativos al estado de salud, las emociones, entre otros, son cada vez más demandados dado el creciente interés en la elaboración de productos, también de salud, basados en la predicción del comportamiento de la población (Zuboff, 2019). Solo hay que ver el incremento de nuevas tecnologías que rastrean datos personales y comportamientos como es el caso de la inteligencia artificial. Se trata de lo que Zuboff llama capitalismo de vigilancia, que tiene una visión instrumental de la sociedad que va más allá de los simples cuerpos y establece un nuevo orden social. Por lo tanto, entendiendo que los datos son neutros y que estamos ante un momento de revalorización de estos datos por parte de la sociedad, lo que hay que plantearse, y merece una reflexión profunda, es el posicionamiento y la mirada que los profesionales adoptan al analizarlos, cómo serán utilizados y en beneficio de quién. Sin embargo, tan importante como la forma de aproximación a los datos colectivos es la aproximación a la individualidad: la necesidad de nuevas formas de aproximación a esta individualidad es imperativa en un momento donde las nuevas tecnologías han irrumpido para transformar día a día el entorno en que vivimos, contribuyendo a relegar aún más la subjetividad. La democratización al acceso de la información ha permitido que lo que era un saber exclusivo de los profesionales, ahora no solo sea de dominio público, sino que esté expuesto al

cuestionamiento de una población ávida de participación y empoderamiento. Con todo, esta transición requiere de la apertura hacia otras formas de saber y conocimiento que nos permitan adquirir, también, posicionamientos más integrales y sensibles a la realidad diversa, subjetiva y cambiante de las personas, iniciándola desde la formación de las futuras generaciones de profesionales. Es en este sentido que la formación de futuros profesionales desde una mirada interseccional y sensible a las diferentes subjetividades es entendida como la semilla de una atención social y de salud del futuro dirigida a la reducción de las desigualdades sociales de la salud. Asimismo, si bien la elaboración de propuestas formativas alineadas con las competencias requeridas para dar respuesta a las necesidades sociales y de salud de las comunidades ya constituye un reto en sí mismo, se plantea un elemento más que le añade complejidad: encontrar las herramientas, no solo para entrenarlas, sino para poder evaluar de forma fidedigna la adquisición de estas competencias por parte de las futuras generaciones.



Ariadna Graells Sans
 Escola Superior d'Infermeria del Mar (ESIMar)
 Centro adscrito a la Universidad Pompeu Fabra
 Social Determinants and Health Education Research Group
 Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM)
 Universidad de Vic – Universidad Central de Cataluña⁴
 agraells@esimar.edu.es

Esther Insa Calderón
 Escola Superior d'Infermeria del Mar (ESIMar)
 Centro adscrito a la Universidad Pompeu Fabra
 Social Determinants and Health Education Research Group
 Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM)
 einsa@esimar.edu.es

Bibliografía

- Agencia de Salud Pública de Barcelona (2020). *Covid19 al dia BCN*. <https://webs.aspb.cat/covid19aldiabcn/>
- Carel, H. (2011). Phenomenology and its application in medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32(1), 33–46. <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9161-x>
- Carel, H. (2012). Phenomenology as a Resource for Patients. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(2), 96–113. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhs008>
- Collins, P. H. (1993). Toward a New Vision: Race, Class, and Gender as Categories of Analysis and Connection. *Race, Sex & Class*, 1(1), 25–45. <https://>

- www.jstor.org/stable/41680038%0A
- Comision on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health* (Vol. 57, Issue 12). <https://doi.org/10.1103/PhysRevB.57.7103>
- Couto, M. T., de Oliveira, E., Separavich, M. A. A. y Luiz, O. do C. (2019). The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: A narrative review of the theoreticalmethodological literature. *Salud Colectiva*, 15(1). <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Csordas, T. J. (1994). Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self. In *Cambridge University Press*. <http://doi.wiley.com/10.1525/ac.1997.24.4.940>
- DasGupta, S. (2008). The art of medicine. Narrative humility. *The Lancet*, 371(1939), 980–981. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60440-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60440-7)
- Desjarlais, R. y Jason Throop, C. (2011). Phenomenological Approaches in Anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 40(1), 87–102. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-092010-153345>
- Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: The health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590–595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2016). *Enquesta de salut de Catalunya. Informe dels principals resultats 2015*.
- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. (E. Bellaterra (ed.)).
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74, 1712–1720. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., Ferlatte, O. y Clark, N. (2014). An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework: Critical Reflections on a Methodology for Advancing Equity. *International Journal for Equity in Health*, 13(119), 133–166. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98473-5_6
- Hansen, H. y Metzl, J. M. (2019). *Structural Competency in Mental Health and Medicine. A case-based approach to treating the social determinants of health* (1st ed.). Springer US.
- Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B. y Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 35(4), 866–876. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz080>
- Insa-Calderón, E. (2015). *El ser gen-ètic. Experiència de malaltia a Barcelona i Los Angeles*. [Universidad de Barcelona]. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/104905/1/EIC_TESI.pdf
- Kapilashrami, A., Hill, S. y Meer, N. (2015). What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach? *Social Theory and Health*,

13(3-4), 288-307. <https://doi.org/10.1057/sth.2015.16>

Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Basic Books.

Kumagai, A. K. y Lypson, M. L. (2009). Beyond Cultural Competence : Critical Cultural Competency : A Critique. *Academic Medicine*, 84(6), 782-787.

Malmusi, D., Borrell, C. y Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science and Medicine*, 71(9), 1610-1619.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.043>

Manchón, M., Mosquera, I., Larrañaga, Is., Martín, U. y Vergara, I. (2020). Desigualdades económicas en la salud de la población mayor en España. *2Gaceta Sanitaria*, 34(3), 276-288. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.008>

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. y Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phenomenology of perception*. Routledge.

Metzl, J. M. y Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103(February), 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>

Metzl, J. M. y Petty, J. (2017). Integrating and Assessing Structural Competency in an Innovative Prehealth Curriculum at Vanderbilt University. *Academic Medicine*, 92(3), 354-359. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001477>

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*.

Neff, J., Holmes, S. M., Knight, K. R., Strong, S., Thompson-Lastad, A., McGuinness, C., Duncan, L., Saxena, N., Harvey, M. J., Langford, A., Carey-Simms, K. L., Minahan, S. N., Satterwhite, S., Ruppel, C., Lee, S., Walkover, L., De Avila, J., Lewis, B., Matthews, J. y Nelson, N. (2020). Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities. *MedEdPORTAL: The Journal of Teaching and Learning Resources*, 16, 10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888

Parish, S. M. (2008). Toward a Psychology of Possible Selves. In *Subjectivity and Suffering in American Culture* (p. 125-151). Palgrave Macmillan US. https://doi.org/10.1057/9780230613188_4

Rogers, J. y Kelly, U. A. (2011). Feminist intersectionality: Bringing social



- justice to health disparities research. *Nursing Ethics*, 18(3), 397–407. <https://doi.org/10.1177/0969733011398094>
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32–38. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>
- Ruiz Cantero, M. (2019). *Perspectiva de género en medicina (Monografías 39)*. Fundación Dr. Antoni Esteve.
- Sharma, M., Pinto, A. D. y Kumagai, A. K. (2018). Teaching the Social Determinants of Health : A Path to Equity or a Road to Nowhere ? *Academic Medicine*, 93(1), 25–30. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001689>
- Solar, O. y Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. In *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150085%202)
- Throop, C. J. (2009). Intermediary Varieties of Experience. *Ethnos*, 74(4), 535–558. <https://doi.org/10.1080/00141840903202116>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- World Health Organization. (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. In *8th Global Conference on Health Promotion*. <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>
- Zuboff, S. (2019). *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*. Public Affairs.

-
- 1 Subsanan las desigualdades en una generación.
 - 2 La humildad estructural advierte a los proveedores de no hacer suposiciones sobre el papel de las estructuras en la vida de los pacientes, en lugar de incentivar la colaboración con los pacientes y las comunidades para desarrollar la comprensión y las respuestas a la vulnerabilidad estructural.
 - 3 “La salud es bienestar / riqueza / poder”. Proverbio del filósofo americano Ralph Waldo Emerson. Su significado radica en la importancia de la salud como condicionante indispensable del bienestar y las oportunidades para el desarrollo individual y comunitario, trascendiendo la línea del bienestar físico y la ausencia de enfermedad para adquirir una relevancia que impregna todos los aspectos de la vida.
 - 4 Este trabajo se ha realizado en el marco del programa de doctorado interuniversitario en Estudios de Género: Culturas, Sociedades y Políticas de la Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña.
-