



**RIDUNAJ**  
Repositorio Institucional  
Digital UNAJ



Universidad Nacional  
**ARTURO JAURETCHE**

## Material Académico

Atencio, Viviana, Baigorria, Natalia, Barrionuevo, Orlando, Bermúdez, Laura, Bonacalza, Gisela, Cáceres, Adriana, Cafferata, Eduardo, Castiello, Virginia, Chietino, Claudia, Grunweg, Celia, Hesayne, Maria Soledad, Herrera, Pablo, Ierace, Luciana, Konfino, Jonatan, Martin, Erika, Moreno, Cesar, Ojeda, Verónica, Orizzonte, Liliana, Otero, Sergio, Paredes, Roxana, Pereyra, Alejandra, Reyes, Evangelina, Rivas, Liliana, Rodal, Verónica, Stanley, Paola, Trepichio, Rubén, Vazquez, Mariana, Villa, Mabel, Vallone, Fernando, Zamarreño, María Eugenia y Ierace, Vicente Pascual

# Determinantes y Determinación Social de la Salud

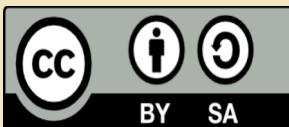
2024

*Universidad Nacional Arturo Jauretche.*

*Instituto de Ciencias de la Salud.*

*Cuadernillos Didácticos de Salud Pública; n. 3*

*(a)*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Atencio, V., Baigorria, N., Barrionuevo, O., Bermúdez, L., Bonacalza, G., Cáceres, A., Cafferata, E., Castiello, V., Chietino, C., Grunweg, C., Hesayne, M. S., Herrera, P., Ierace, L., Konfino, J., Martin, E., Moreno, C., Ojeda, V., Orizzonte, L., Otero, S.,... Ierace, V. P. (2024). *Determinantes y Determinación Social de la Salud* [Material académico]. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3551>

# Salud Pública - ICS - UNAJ



## TEMA 3 A Determinantes y Determinación Social de la Salud

### Pobreza

#### ¿Cómo vamos a trabajar en este tema?

El presente texto está incluido en la primera parte del Tema 3 sobre Determinantes y Determinación Social de la Salud.

Inicialmente vamos a retomar los conceptos de determinantes y determinación social planteados en el tema anterior, para luego centrarnos en los conceptos vinculados a la pobreza y su relación con los determinantes de la salud.

#### Comenzamos con el concepto de Determinantes Sociales de la Salud:

La salud es un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo sustentable de las sociedades, que el Estado debe garantizar a través del acceso equitativo a los servicios de atención de la salud, pero también asegurando un conjunto de condiciones de vida y de trabajo que son relevantes para la salud. De otra manera se producen lo que llamamos **desigualdades en salud**.

Las malas condiciones de salud de los sectores más vulnerables de una sociedad y las desigualdades sanitarias entre países están provocadas, a nivel nacional y mundial, por la desigual distribución del dinero, del poder, los bienes y los servicios, con las consecuentes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población: el acceso a la atención sanitaria, a la escolarización, las condiciones de trabajo y el tiempo libre, la vivienda, etc. Esa distribución desigual no es un fenómeno natural, sino el resultado de una combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.

En este marco, se denominan **Determinantes Sociales de la Salud** a “... las circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida. Las personas que están más abajo en la escala social, usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente.... Si las políticas no logran enfrentar esos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social”. (Wilkinson, 2003). Así, la identificación de los determinantes de la salud nos permite advertir que **las desigualdades en salud son evitables e injustas**.

La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2017)<sup>1</sup> señala que los **Determinantes Sociales de la Salud** “... son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven,



<sup>1</sup> <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>

trabajan y envejecen, incluido el conjunto amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana...”, entre los que se encuentra el Sistema de Salud, pero también políticas económicas, programas de desarrollo, políticas sociales, sistemas políticos. Es decir, los determinantes **se refieren a las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, y que impactan sobre la salud**; incluyendo los comportamientos y estilos de vida, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios y los entornos físicos en los que se desenvuelven las personas.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud es una manera sumamente eficaz de abordar las inequidades, dado que promueve medidas con respecto a una variedad de factores que influyen en los resultados individuales y poblacionales en materia sanitaria, muchos de los cuales están fuera del alcance del sector de la salud. Al respecto, se hace hincapié en la **importancia de la acción multisectorial basada en la concepción de la salud como derecho humano**, reconociendo las causas complejas y a menudo duraderas de la mala salud y la inequidad en materia de salud.

Varios autores trabajan sobre esta idea de *determinantes de la salud*, identificando diversos factores que inciden en los procesos del enfermar. Según Breilh “*los procesos de salud-enfermedad están determinados por procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que inciden en los modos de vida posibles de las comunidades, la calidad de los estilos de vida familiares e individuales y las relaciones con la naturaleza y el territorio social (Breilh, 2013).*”

## Determinantes y Determinación de la Salud desde la mirada latinoamericana



El contexto socio-histórico de América Latina en la década de los años 70 del siglo XX, favoreció el desarrollo de un pensamiento innovador, crítico y con base social en salud, reflejado en la conformación de la corriente de Medicina Social, hoy denominada Salud Colectiva. Esta corriente teórica con raíces sociales profundas, reivindica un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones, y con la solución de los problemas de salud de las clases populares.

La Salud Colectiva se enfoca en la **relación entre el orden social capitalista y la determinación social de la salud**, proponiendo una herramienta para trabajar en la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir. La noción de **determinación social de la salud** surge en contraposición al **paradigma empírico-funcionalista** del modelo biomédico, el cual resulta insuficiente para explicar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud. El modelo biomédico es reduccionista, porque sostiene una mirada fragmentaria de la realidad que separa lo biológico de lo social, y prioriza la asociación causa-efecto para identificar factores de riesgo individual, desarticulado de otros factores.

El **paradigma crítico** propuesto por el **Movimiento de Salud Colectiva** se plantea como una forma de superar el causalismo a través de la **comprensión dialéctica del proceso de salud/enfermedad**. Este enfoque se orienta a comprender a la salud y a la enfermedad como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio, expresado a través de múltiples relaciones determinantes entre: las formas o modos de apropiación de la naturaleza, las formas de relación y organización social, y las relaciones situadas en tiempo y lugar concreto.



**La Salud Colectiva reconoce a la salud como un asunto de orden político, en tanto se requieren acciones y decisiones políticas que permitan superar las desigualdades en la distribución del poder económico y social, las que determinan las condiciones de salud de los pueblos. Son dichas relaciones entre lo social-natural-biológico las que definen los cursos de vida de los grupos sociales y sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte.**

Como se planteó en el texto anterior, los hechos que percibimos como fenómenos de salud y enfermedad ocurren en diferentes dimensiones o espacios que pueden implicar movimientos (o flujos de hechos) singulares entre individuos o grupos de población por atributos individuales; movimientos o variaciones particulares, entre grupos sociales en una misma sociedad y momento dado (grupos con diferentes condiciones objetivas de existencia); o movimientos generales, en flujos de hechos que corresponden a la sociedad global. (Castellanos, 1990).

Pedro Castellanos (1990) propone estas **tres dimensiones** (general, particular, singular), planteando **que la determinación social de la situación de salud se constituye en la interacción entre el espacio de lo general referido al modo de vida, el espacio de lo particular referido a las condiciones de vida, y el espacio de lo singular referido a los estilos de vida.** Estas dimensiones de problemas vinculados al proceso de salud / enfermedad se corresponden con diferentes "espacios" de determinación y condicionamiento; dichos espacios no son excluyentes, sino por el contrario son incluyentes o recursivos. Es decir, el espacio de lo general incluye el de lo particular, y éste el de lo singular.

Para profundizar sobre el tema, te proponemos ver este video donde el Dr. Jaime Breilh desarrolla muy claramente el concepto de Determinación Social de la Salud.



## **Pobreza y Salud: evolución del concepto**

Para comprender por qué la pobreza constituye un determinante de la salud, vamos a desarrollar en primer lugar el concepto de pobreza.

Si bien existe consenso en definir a la **pobreza** como una situación generalizada de carencias materiales y espirituales, privaciones y desventajas económico-sociales, que impiden la satisfacción de las necesidades humanas esenciales; es necesario ir más allá y abordar este concepto en sus múltiples dimensiones, reconociendo su complejidad.



**La pobreza no solo implica la falta de ingresos y recursos; se concibe como una situación de degradación generalizada que afecta a los individuos tanto física, como fisiológica y psicológicamente, privándoles de sus capacidades básicas e incapacitándoles para ejercer sus derechos y mejorar su calidad de vida. Entre sus distintas manifestaciones figuran el hambre, la malnutrición, la falta de una vivienda digna y el acceso limitado a servicios básicos como la educación o la salud. (ONU, 2015)**

A lo largo de la historia, según el contexto social, político, económico y cultural, surgieron **distintas aproximaciones teórico-metodológicas** orientadas a la comprensión y medición del fenómeno. Varios autores identifican en la **evolución histórica** del concepto de pobreza, **cuatro grandes etapas** vinculadas a los **modelos de Estado** y a las políticas diseñadas para dar respuesta a la **“la cuestión social”**<sup>2</sup> desde el siglo XIX hasta la actualidad. (Espina Prieto, 2008):

- a. En la etapa del **Estado liberal** (fines de s. XIX- comienzo s. XX) el desarrollo del capitalismo industrial se considera un avance dentro del proceso histórico universal, y predominan las nociones de progreso y orden social. La pobreza constituye una distorsión de la sociedad de mercado, expresada en la carencia de recursos económicos de las clases inferiores, que debe ser atendida por instituciones benéficas. En contraposición a la visión reformista, desde la perspectiva crítica<sup>3</sup>, se define a la pobreza como resultado de las relaciones de explotación generadas por el capitalismo. En esta etapa surgen las primeras mediciones empíricas para delimitar una línea de pobreza, a partir de investigaciones realizadas en Inglaterra.
- b. En la etapa desarrollista del **Estado de Bienestar** (décadas del 1950 al 1970) la pobreza se considera un efecto de las ineficiencias de los mecanismos de integración social, que debe tratarse mediante las políticas integradoras del Estado. Se instala el concepto de línea de pobreza para medir los ingresos familiares en relación al costo de la canasta básica de bienes y servicios. También se incorpora en las mediciones de pobreza el enfoque de género, poniendo de manifiesto las relaciones de poder en perjuicio de las mujeres.
- c. En la etapa del modelo de **Estado Neoliberal** (décadas de 1980 y 1990) la pobreza se explica en función de las desventajas generadas por la insuficiente disponibilidad de recursos y las carencias individuales para participar en el mercado; planteando como solución la actuación libre del mercado para el crecimiento económico, sin interferencias del Estado, y la reducción de la política social a acciones asistenciales focalizadas en los más desfavorecidos.
- d. Desde inicios del **siglo XXI**, con la revaloración del modelo de Estado de Bienestar y la re-emergencia del movimiento crítico, el debate sobre la pobreza se complejiza, considerando la diversidad de causas y expresiones de este fenómeno, y abordándolo desde la perspectiva de derechos: **La pobreza se concibe como un problema de derechos humanos.**

## Pobreza y Exclusión Social



En las últimas décadas el concepto de pobreza fue desplazado en el debate por la noción de **exclusión social**. Esta definición aporta un sentido más amplio, abarcando no solo la dimensión económica, sino todos los mecanismos por los que las personas o grupos se ven apartados de la participación en los intercambios de cualquier tipo, de las actividades de la comunidad y de los derechos sociales o políticos que constituyen lo que llamamos **integración social**. Es decir, el proceso de exclusión social da lugar a una **privación múltiple**, que se manifiesta en los planos económico, social y político (Leyton Navarro, 2016). Ambos fenómenos, **pobreza y exclusión social**, son el resultado de los determinantes estructurales que están presentes a la hora de analizar los procesos de crisis y los cambios operados en el ámbito de las políticas económicas; y se analizan en clave de la vulneración a los derechos humanos (Satriano, 2006).

---

<sup>2</sup> El término “cuestión social” se refiere al conjunto de problemas de índole político, social y económico ligados a las situaciones de pobreza y conflicto social de la clase obrera, provocadas por el modo de producción capitalista que surge con la revolución industrial a fines del S.XVIII

<sup>3</sup> Desarrollada a partir de los estudios de K. Marx y F. Engels



Por otra parte, es importante incluir en el análisis multidimensional de la pobreza, el concepto de **“extrema pobreza”**, entendido como un **cúmulo de precariedades** que condicionan a las personas y las familias, limitando sus posibilidades para asumir responsabilidades elementales y gozar de sus derechos fundamentales. La inseguridad producida por la precariedad puede ser más o menos extensa y tener consecuencias más o menos graves y definitivas.

Si la **situación de precariedad** se prolonga en el tiempo puede hacerse persistente, obstaculizando gravemente las posibilidades de recobrar los derechos y reasumir responsabilidades en un futuro previsible. La permanencia de la situación de precariedad múltiple por un lapso continuo, que muchas veces comprende varias generaciones, se transforma en una situación de **miseria**. (Satriano, 2006).

### La Pobreza como Determinante Social de la Salud

*“La salud, repito, no constituye un fin en sí misma, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva, y si la salud es una prestación más del trabajador.” Ramón Carrillo<sup>4</sup>*

Hace varias décadas la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló el objetivo de lograr **“salud para todos en el año 2000”**. Sin embargo, aún hoy un enorme número de personas sigue malviviendo enferma, desnutrida o subalimentada. Millones de personas carecen de un mínimo bienestar material y social que permita un desarrollo adecuado de su salud. En muchos países el estado de salud está empeorando, o sólo mejora para una parte de la población, incrementándose la brecha entre los distintos grupos sociales (Benach, 2005). Es sabido que las poblaciones viviendo en situación de pobreza sufren mayor número de enfermedades, tienen menor expectativa de vida, tasas de mortalidad más altas y grandes dificultades para acceder a los servicios de salud. Los países más pobres presentan indicadores de salud mucho más deficientes que los más ricos, aún en una época donde las condiciones sanitarias mejoraron y las capacidades científico tecnológicas para prevenir las enfermedades, tratarlas y rehabilitar con éxito son inmensas.



**En este sentido, la pobreza contribuye directamente al riesgo de enfermar y morir por causas bien identificadas. Las malas condiciones de salud de los sectores más vulnerables de la población y las desigualdades sanitarias entre países**, están provocadas, a nivel mundial y nacional, por la desigual distribución del dinero, del poder, los bienes y los servicios; con las consecuentes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población: **acceso a atención sanitaria, educación, vivienda, condiciones de trabajo y tiempo libre**. Esa **distribución desigual no es un fenómeno natural**, sino el resultado de una mala combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Reconocer tal situación implica una **posición crítica frente a los enfoques biomédicos y epidemiológicos convencionales**, que desarticulan a la salud-enfermedad de los procesos sociales.

---

<sup>4</sup> El Dr. Ramón Carrillo (1906-1956) fue el primer Ministro de Salud Pública en la historia institucional de la República Argentina (desde 1946 a 1954).



Los mecanismos que inician el ciclo pobreza-enfermedad se expresan desde la gestación, en los que la mala nutrición de la madre pobre, las características de su patrón de reproducción (edad, paridad, duración del período intergenésico) y la inapropiada atención prenatal y del parto que recibe, se asocian con una elevada mortalidad infantil o con el alto riesgo de procrear niños con bajo peso al nacer y otras afecciones perinatales.

**Durante la infancia**, la deficiente satisfacción de los requerimientos nutricionales deja huellas irreversibles en la población pobre, desde problemas de crecimiento y desarrollo (reflejados en la baja estatura, problemas cognitivos, de desarrollo psicomotor, y otras patologías) así como el elevado riesgo de contraer enfermedades infecto- contagiosas, agudizado por las condiciones de vida insalubres.

**Lo mismo sucede en la edad adulta respecto al trabajo**: los bajos niveles de energía por la insuficiente e inadecuada dieta y las enfermedades frecuentes que contraen producen un bajo rendimiento laboral, situación especialmente desfavorable para aquellos trabajadores que desarrollan trabajos con altas demandas físicas.



**La pérdida de la capacidad de trabajo causada por enfermedades o lesiones, obliga a los individuos a hacer uso de los servicios asistenciales para recuperar su estado de salud anterior y reincorporarse al mercado laboral.** Sin embargo, cuando el individuo no cuenta con los derechos que derivan de sus relaciones del mercado, ni tiene acceso a los servicios sociales y sanitarios por parte del Estado, hace inminente su empobrecimiento (Sen, 1996).



El ciclo enfermedad-pobreza continua cuando la pérdida de la salud lleva a las familias a condiciones de pobreza extrema: cuando las personas jefas de hogar se enferman y como consecuencia dejan de generar ingresos, las familias pobres tienen que afrontar altos costos para reparar la salud, encontrando grandes dificultades para continuar tratamientos prolongados o de rehabilitación, y otros sucesos llamados “gastos catastróficos de salud”.



Para continuar reflexionando sobre las relaciones entre salud y pobreza te proponemos ver el siguiente video del economista argentino Bernardo Kliksberg:

### El Informe Kliksberg: Escándalos éticos. Capítulo 17: Salud para todos



### Actividad

Para continuar reflexionando sobre las relaciones entre pobreza y salud, te invitamos a responder las siguientes preguntas:

- ✓ De acuerdo a lo leído hasta el momento, ¿por qué se considera que la pobreza es un determinante de la salud? Justifique su respuesta

### Equidad e Inequidad en Salud



La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas<sup>5</sup>. Implica que, idealmente, cada persona pueda tener una oportunidad justa de obtener su potencial de salud total. Desde una perspectiva pragmática, significa que ninguna persona esté en una posición de desventaja si éstas pueden ser evitadas, al momento de obtener este potencial de salud.



La definición de **equidad** se diferencia del concepto de igualdad, ya que no representa una distribución igual de recursos, sino que se refiere a la distribución diferencial, según las necesidades particulares de cada persona. Es decir, se trata de darle más al que necesita más. Por eso, para lograr la equidad de la salud, es necesario que haya justicia social.

<sup>5</sup> <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>

Asimismo, el término **"inequidad"** involucra una dimensión moral y ética, estableciendo que las diferencias que no son sólo innecesarias y evitables, sino que además se consideran injustas. La **inequidad social** implica que no todas las personas que integran una misma comunidad, sociedad o país, tienen los mismos derechos, bienes, beneficios o acceso a estos. **El concepto de inequidad se refiere así a la insuficiencia de justicia distributiva.**



De acuerdo a la definición de la OMS, **las inequidades sanitarias son aquellas desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países, que están estrechamente vinculadas a las desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades.** Técnicamente, cualquier aspecto cuantificable de la salud que varía entre individuos o grupos socialmente relevantes puede denominarse una **desigualdad en salud**. No se trata de juicios morales, sino de disparidad en el acceso a la salud: **hablamos de una diferencia injusta en la salud.**



**La salud no se distribuye en forma equitativa.** Aquí un ejemplo: resulta previsible que una niña japonesa viva unos 85 años, mientras que la esperanza de vida de una niña nacida en Sierra Leona es sólo de 36 años. La primera recibirá una de las mejores atenciones de salud del mundo siempre que lo necesite, en tanto que la segunda tal vez no vea nunca a un médico, a una enfermera o a un trabajador de salud. Es decir, una niña de Sierra Leona vivirá, en promedio, cinco décadas menos que una niña japonesa. (Benach, 2005).

**Los países pobres, los barrios marginados y los sectores de la población más desaventajados, padecen una discriminación social múltiple:** Menos recursos socioeconómicos, menos poder en la toma de decisiones, peor atención sanitaria y mayor exposición a los factores de riesgo que empeoran su salud, ya sean éstos de tipo personal, social o ambiental. (Benach, 2005).

**Las desigualdades en la salud son el espejo de las desigualdades sociales** generadas por un sistema económico y social, que concentra la mayor riqueza en una pequeña porción de la sociedad y expone a una gran proporción de la población a enfermedades evitables y muertes prematuras<sup>6</sup>.

**Los principales determinantes que condicionan la salud y la enfermedad derivan de los efectos producidos por la desigual distribución de poder económico y social. Por este motivo, para que una comunidad alcance el máximo nivel de salud y la máxima equidad sanitaria debe incrementar su desarrollo social, económico y cultural y, sobre todo, debe instaurar la democracia: A mayor democracia, mayor equidad en salud.** (Sen, 2000)

## Vulnerabilidad y Riesgo



La **vulnerabilidad** se refiere a la **incapacidad de los hogares y las personas para movilizar recursos que permitan evitar el deterioro de sus condiciones de vida**, porque no cuentan con **activos suficientes** en términos de capital físico, humano y social, para aprovechar las **estructuras de oportunidades existentes** (como el acceso a bienes, servicios o actividades que

<sup>6</sup> Pirámide de la riqueza mundial. Global Wealth Report 2020, Credit Suisse Research Institute

inciden sobre el bienestar) **provistas por el Estado, el mercado y la sociedad.**



En el concepto de **vulnerabilidad social** se conjugan situaciones potencialmente adversas, consideradas a nivel individual en tanto “**riesgos**”, con la **incapacidad para responder** ante esos riesgos, y la **inhabilidad para adaptarse** activamente al nuevo escenario o realidad social.

**Vulnerabilidad = exposición a riesgos + incapacidad para enfrentarlos + inhabilidad para adaptarse activamente**

## Criterios de Medición de la Pobreza

En Argentina, **las metodologías de medición de la pobreza** se han centrado históricamente en **indicadores de privación de largo plazo** de los hogares, como la falta de acceso a bienes y servicios básicos, a fines de registrar condiciones de pobreza estructural. Sin embargo, a partir de los años 80 con el agravamiento de la situación económico social que sufrió el país y el consecuente deterioro de los ingresos de la población, muchas personas que no estaban incluidas en esos criterios de privación, no llegaban a satisfacer necesidades esenciales que anteriormente podían cubrir.



Se planteó así la **necesidad de utilizar otras metodologías tendientes a diferenciar dos grupos distintos dentro de la población en condiciones de pobreza**: por un lado, la identificación de **situaciones de pobreza del tipo estructural** mediante el indicador de necesidades básicas insatisfechas NBI; y por otro, un enfoque que mide la **pobreza en función de los ingresos**, desde una perspectiva más coyuntural, a través de la línea de pobreza LP y la línea de indigencia LI.

Actualmente para la medición de la pobreza se utilizan dos enfoques distintos, aunque a los fines de un análisis integral se combinan los indicadores de ambos (LP /LI y NBI):

### a. Medición de la pobreza por ingresos: Línea de Pobreza LP - Línea de Indigencia LI

El método de medición por ingresos incluye los indicadores de línea de pobreza (LP) y línea de indigencia (LI). Los valores se obtienen en base a los hábitos de consumo de la población y estableciendo una unidad de referencia denominada “adulto equivalente” (mensual)

Para determinar la **Línea de Pobreza (LP)** se establece, a partir de los ingresos de los hogares, si éstos tienen capacidad de satisfacer (por medio de las compras de bienes y servicios) un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales. El procedimiento parte de utilizar una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y ampliarla con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) con el fin de obtener la Canasta Básica Total (CBT).

La **Línea de indigencia (LI)** procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir la Canasta Básica de Alimentos (CBA) capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. De esta manera, los hogares que no superan ese umbral, son considerados indigentes.

La fuente tradicional de este enfoque es la **Encuesta Permanente de Hogares (EPH)** desarrollada por el INDEC dos veces al año y está orientada a indagar los niveles de ingreso; y también las encuestas que miden los gastos, como el índice de Precios al Consumidor (IPC).

## b. Medición de la pobreza estructural: Necesidades Básicas Insatisfechas NBI

El indicador NBI es un indicador complejo elaborado por el INDEC en 1984 con el objetivo de medir la pobreza estructural, es decir, de larga data. Se fijan los umbrales mínimos de satisfacción y se define como pobres a los hogares o individuos que no disponen o consumen todos o una combinación de bienes y servicios considerados necesarios para la satisfacción de estas necesidades básicas. El indicador NBI se mide a través de una serie de categorías de privación de los hogares que incluyen una o más de las siguientes características:

- **Hacinamiento crítico:** Hogares con más de tres personas por cuarto
- **Vivienda de tipo inconveniente:** Hogares que habitan piezas de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo.
- **Condiciones sanitarias:** Hogares que habitan en viviendas que no tienen retrete o tiene retrete sin descarga de agua.
- **Asistencia escolar:** Hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela
- **Capacidad de subsistencia:** Hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (sólo asistió dos años o menos al nivel primario).

La fuente tradicional para medir la pobreza estructural son los Censos de Población, que en Argentina son realizados cada 10 años por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

## Enfoques multidimensionales de Medición de la Pobreza



Los **enfoques multidimensionales para abordar la problemática de la pobreza parten de reconocer que el indicador de ingresos no es suficiente para dar cuenta de las privaciones que las personas pueden sufrir**. La pobreza, en tanto fenómeno complejo, requiere de metodologías que contemplen otros aspectos, como la educación, la nutrición, la inseguridad, la vulnerabilidad, el acceso a servicios básicos, etc. A continuación, presentamos dos enfoques de análisis multidimensional, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), y el Índice de Desarrollo Humano (IDH):

- a. El **Índice de pobreza multidimensional** (IPM o MPI -Multidimensional Poverty Index-), desde 2010 suplanta a los índices de pobreza humana. El IPM está conformado por 3 dimensiones –*salud, educación y niveles de vida*- y 10 indicadores incluidos en esas dimensiones:

Salud: nutrición y mortalidad infantil

Educación: años de instrucción y matriculación escolar

Niveles de vida: combustible para cocinar, saneamiento, agua, electricidad, piso, bienes

- b. El **Índice de Desarrollo Humano (IDH)** es un indicador del desarrollo humano por país, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Está compuesto por tres parámetros:

**Vida larga y saludable:** medida según la esperanza de vida al nacer.

**Educación:** medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria.

**Nivel de vida digno:** medido por el PIB per cápita en dólares internacionales.

## Desigualdad: Coeficiente de Gini

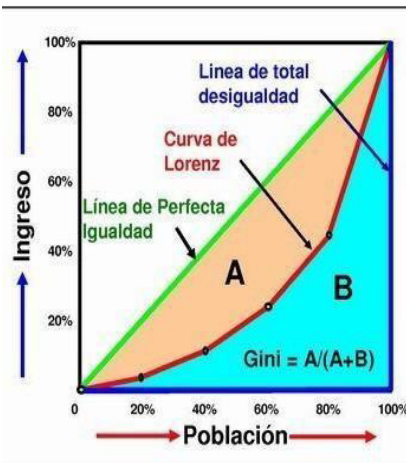


El **Coeficiente de Gini** es un indicador ideado por el estadístico italiano Corrado Gini que se usa para medir el nivel de desigualdad existente entre los habitantes de una región. Normalmente se usa para medir la desigualdad en los ingresos, pero puede aplicarse para medir la distribución de la desigualdad en otros ámbitos. Este coeficiente mide hasta qué punto la distribución de los ingresos entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución equitativa.

El coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).

El índice de Gini está representado por el coeficiente de Gini expresado en porcentaje, y es igual al coeficiente de Gini multiplicado por 100.

### Representación del Coeficiente



Para medir las desigualdades, el **Coeficiente de Gini** se basa en la **Curva de Lorenz**, representada en un gráfico donde:

- ✓ En el **eje horizontal** se ubica el porcentaje acumulado de los individuos u hogares ordenados de modo ascendente en función de su nivel de ingresos.
- ✓ En el **eje vertical** se indica el porcentaje acumulado del ingreso que perciben esos individuos u hogares.
- ✓ La **diagonal de 45°** (línea de equidistribución) muestra la situación teórica de perfecta igualdad en la distribución del ingreso.

Así, en el coeficiente de Gini:

- ✓ El **numerador** es el área entre la curva de Lorenz de la distribución y la línea de la distribución uniforme.
- ✓ El **denominador** es el área bajo la línea de distribución uniforme.
- ✓ El **Coeficiente de Gini** es el cociente del área entre la diagonal de 45° y la **Curva de Lorenz** sobre el área constituida por el triángulo de la línea de 45°.

Para finalizar, presentamos en el siguiente gráfico la **evolución de la distribución del ingreso en Argentina según el coeficiente de Gini**, en base a datos de la **EPH/INDEC 2020**:

# Distribución del ingreso

Según coeficiente de Gini



Como puede observarse, en el segundo trimestre del 2020 se registró una desmejora en los términos de equidad, en base a lo reflejado por el Coeficiente de Gini, que tiene al número cero (0) como el nivel de mayor igualdad y al uno (1) con el mayor desequilibrio. Así, el Coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar alcanzó en el segundo trimestre del año 2020 un valor de 0,451 puntos, contra 0,434 de igual período del 2019.

## BIBLIOGRAFIA

- Benach J, Muntaner C.** (2005) Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Venezuela.  
[https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/375/Aprender\\_a\\_Mirar\\_la\\_Salud.pdf](https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/375/Aprender_a_Mirar_la_Salud.pdf)
- Breilh J.** (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Cardona Arias J.A.** (2016) Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. Archivos de Medicina (Col), vol. 16, núm. 1, pp. 183-191. Universidad de Manizales Caldas, Colombia.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273846452019.pdf>
- Castellanos, P. L.** (1990) Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Boletín Epidemiológico Vol 10 No. 4 OPS  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32628/8366.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castellanos, P.L.** (1998) Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales. En Salud Pública. Martínez Navarro, Castellanos, Mermet. Editorial Mc Graw-Hill. Madrid.  
<https://drive.google.com/file/d/1QccWd2mUW7uvTcwVT9YmTEEn4ykRFIV/view?usp=sharing>
- Cendali, F. et al.** (2020), La pandemia que puso en agenda de los gobiernos a la salud pública, Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Vol. 07, N° 02, p. 12-17.
- CIEE – FLACSO** (2011) Determinantes Sociales de la Salud. Módulo 1, Parte 2. Programa de Salud Pública y Comunitaria.
- Espina Prieto, M. P.** (2008) En el intrincado mundo de los conceptos. Debates sobre el Estado, la pobreza y las políticas sociales. En “Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana”. CLACSO  
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/prieto/04Prieto.pdf>
- Ferreira F, Messina J. et al.** (2013). La movilidad económica y el crecimiento de la clase media en América Latina. Washington, DC: Banco Mundial.
- Horwitz A.** (1961) Reflexiones sobre Economía y Salud. BOLETÍN de la Oficina Sanitaria Panamericana Año 40 b Val. LI . No. 2  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12463/v51n2p97.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- INDEC** (2016) La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina.  
[https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EPH\\_metodologia\\_22\\_pobreza.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EPH_metodologia_22_pobreza.pdf)
- Leyton Navarro C, Muñoz Arce G.** (2016) Revisitando el concepto de exclusión social: su relevancia para las políticas contra la pobreza en América Latina. Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 65, pp. 39-68.  
<https://www.redalyc.org/journal/3575/357546620002/html>
- Moiso A.** (2007) Determinantes de la Salud. (Cap.6) En “Fundamentos de la Salud Pública”. Barragán H.L. UNLP  
[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento\\_completo.pdf?sequence=4](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo.pdf?sequence=4)
- Organización Mundial de la Salud OMS.** Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.  
<http://www.who.int/socialdeterminants//es/>

- OPS/OMS** (2017) Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 642 <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print->
- Organización de las Naciones Unidas ONU** (2015) Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Palomino P.A., Grande M.L., Linares M.** (2014) Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. Revista Internacional de Sociología (RIS) Vol. 72, extra 1, 71-91
- Programa Médicos Comunitarios** (2010) Curso en Salud Social y Comunitaria, Salud y Sociedad. Capacitación En Servicio Para Trabajadores De La Salud En El Primer Nivel De Atención. Ministerio de Salud de la Nación. [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5cab59ac70ac6.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5cab59ac70ac6.pdf)
- Programa de Equipos Comunitarios** (2012) Modulo 1 Salud y Sociedad. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/modulo-1-salud-y-sociedad>
- Satriano C.** (2006). Pobreza, Políticas Públicas y Políticas Sociales Revista del Magíster en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad, núm. 15, pp. 60-74 Facultad de Ciencias Sociales Santiago de Chile, Chile. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311224741005>
- Sen, Amartya** (1996). "Capacidad y bienestar". En: Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (Comp.). *La calidad de vida*, (pp. 54-83), México: FCE.
- Sen, Amartya** (2000). *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta, Barcelona.
- Sen, Amartya** (2002) Por que la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Publica 11(5/6). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8704/10715.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vega J.** (2005) Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, orientaciones para la Agenda Social. En "Construyendo la nueva Agenda Social desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud. Documento Síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos. OPS/OMS – FLACSO Chile - Ministerio de Salud del Gobierno de Chile <https://www.flacsochile.org/biblioteca/pub/publicos/2005/libro/026065.pdf>
- Wilkinson R, Marmot C** (2003) Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO-Europe. [https://intranet.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](https://intranet.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)