

Determinantes sociales de la salud

Dr. Jesús Humberto del Real Sánchez

De acuerdo con la 8ª Conferencia Nacional de Salud de Brasil, “la salud es una resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, ingresos económicos, medio ambiente, transporte, entretenimiento, libertad, acceso y posesión de la tierra, y acceso a los servicios de salud”. En esta definición destaca la importancia de los factores sociales como determinantes del proceso salud-enfermedad del individuo. Esta definición estaría de acuerdo con las propuestas de Emilé Durkheim y Max Weber, para quienes los factores sociales son prácticamente los únicos que determinan el proceso salud-enfermedad.

Henry E. Sigerist en su clásico libro “*Civilización y Enfermedad*” escribió: “En cualquier sociedad, la incidencia de la enfermedad esta determinada principalmente por factores económicos. Una baja en la calidad de vida, la falta de ropa y comestibles, las malas condiciones de vivienda y otros carencias han sido siempre las mayores causas de las enfermedades”.

Las epidemias muestran las carencias y las desigualdades

Los resultados de la investigaciones llevadas a cabo por *Rudolf Virchow*, más conocido como “*padre de la biología celular*” en la segunda mitad del siglo XIX en Silesia, Alemania, donde había ocurrido un brote de tifus, mostraron que las causas de la enfermedad eran las pésimas condiciones de vida, la insalubridad y la pobreza en los que vivían los habitantes de esa área geográfica.

Después de las guerras napoleónicas *LR Villarmé*, quien era médico militar, comenzó a analizar las diferencias de mortalidad en los distintos distritos de París en los años de 1817 a 1821, encontrando que en la *Rue de Martellerie*, donde vivían las personas más pobres de París, la tasa de mortalidad era de 30.6 por cada mil habitantes, mientras que en la *Ile-Saint Louis*, un área habitada por gente acomodada, la tasa fue de 19.1 por cada mil.

En la epidemia de cólera [desatada](#) en Guadalajara en 1833, Lilia Olivier encontró que ésta se debió a las pésimas condiciones de insalubridad en las que vivían los tapatíos de aquella época, por la contaminación del agua y el fecalismo al aire libre. La enfermedad afectó especialmente a los habitantes de la Parroquia de Analco donde vivían los más pobres, con una tasa de 120.40 por cada mil habitantes. Los menos afectados, con una tasa de 46.53 por millar, fueron lo habitantes de la Parroquia del Sagrario, donde vivían los más pudientes. La tasa media fue de 72.89. Ver el cuadro 1.

Las enfermedades como un parámetro de inequidad social

Ya hemos visto que las tasas de mortalidad en París y Guadalajara en el siglo XIX eran más altas entre los pobres que entre los ricos. En nuestros días sucede lo mismo, por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil, uno de los parámetros más sensibles para medir las condiciones de salud de un país, son mucho más alta en los países pobres que en los países ricos.

En el cuadro 2, están los peores índices de mortalidad infantil, el número de muertes en niños menores de 5 años por cada 1,000 nacidos vivos, que en general corresponden a los países más pobres del mundo. La mayoría de ellos se encuentra en el África

Subsahariana, cuyo ingresos apenas les alcanzan para comer, por lo que sus condiciones generales de vida y servicios sanitarios son muy pobres a pesar de algunos invierten en salud hasta el 13% de su Producto Interno Bruto (PIB) como es el caso de Sierra Leona, pero que dada su pobreza esto significa solamente 44 dólares al año.

Los países con los mejores índices se presentan en el cuadro 3. En general corresponden a los países desarrollados con los mayores ingresos, con la excepción de los Estados Unidos que dedican a la salud el 16% del PIB, lo que significa 7,410 dólares por año, el doble de la media de los demás países desarrollados y tienen una mortalidad infantil de 8 al millar, el doble de la media de los países desarrollados. Como podemos ver, un alto gasto en salud, no se traduce automáticamente en mejores parámetros. Los Estados Unidos tienen los peores parámetros en salud dentro de los países desarrollados, debido a la insuficiencia cobertura y su inequidad en los servicios de salud así como en las desigualdades en el ingreso “*per cápita*” de sus habitantes.

En el cuadro 4 podemos observar los países más desiguales de acuerdo al índice GINI. La mayoría de estos países son países o pobres o economías emergentes. Dentro de los países de la OCDE, los Estados Unidos ocupan el tercer lugar, México el segundo y Chile, *la joya de la corona del neoliberalismo*, el primer lugar.

Las pobres se enferman más, tanto en países pobres como en los ricos

Las enfermedades afectan más a los países pobres que a los países ricos, con algunas excepciones como el cáncer que afecta más a los ricos, debido a éstos tienen una mayor expectativa de vida. Se ha demostrado una correlación entre las desigualdades en el ingreso “*per cápita*”, no solamente entre países, como lo señala el diario Rue89 de Montreal al comentar los resultados de un estudio publicado en “*British Medical Journal*”, en que se demuestra que los países con mayor desigualdades en el ingreso *per capita* tienen peores índices de salud, sino también entre los estados y condados de un mismo país. En un reciente artículo publicado en la Jornada, Ása Christina Laurel atribuye la disfuncionalidad de las familias mexicanas a las desigualdades económicas. Para Giovanni Berlinguer, un distinguido médico, especialista en salud pública, filósofo y político italiano, estas desigualdades son social y moralmente inaceptables.

Lo social como determinante del proceso salud-enfermedad

Al inicio de este ensayo, decíamos que para los clásicos de la sociología, los factores sociales eran los que determinaban el proceso salud-enfermedad y que los factores biológicos era algo prácticamente sin ninguna importancia. En principio estamos de acuerdo en que los factores sociales son importantes, pero eso hay que matizarlo. Nadie está negando la importancia de factores como la pobreza y la insalubridad, y de hecho los ejemplos de las epidemias lo están demostrando, pero decir que los factores propios del huésped -que se manifiestan como susceptibilidad aumentada o disminuida hacia ciertos agentes o estímulos-, es algo que no se puede negar. Desde hace muchos años se sabe que no es suficiente estar en contacto con de un determinado agente infeccioso para desarrollar la enfermedad y como ejemplo tenemos el caso del Profesor Pettenkofer quien dijo no creer que el vibrión cólera, recientemente descubierto por Robert Koch, fuera el causante del cólera y para demostrarlo ingirió bacilos del cólera y no le pasó nada.

Para mí, las propuestas deberían tener una posición intermedia, como la presentada Javier E. García de Alba y Ana Salcedo-Rocha, que toman en cuenta tanto los factores sociales como los propios del individuo y no posiciones radicales como las de algunos filósofos de las ciencias sociales como Durkheim y Weber. A los largo de la historia se

ha demostrado que los postulados de las ciencias experimentales han estado más cerca de la verdad que los postulados filosóficos.

Finalmente, un comentario a la crítica de Sinaí Arevalo que nos dice: “con el positivismo cartesiano, la disección por órganos favorece la fractura conceptual, lo que conduce a un reduccionismo al tomar en cuenta las partes y no el ser en su totalidad”. A estas críticas, Hernández - Lara y Camarena, dicen que no existe tal reduccionismo “puro” y agregan “el gran problema de los holistas ha sido encontrar un modelo de totalidad que tome en cuenta de manera lógica y coherente los vínculos entre los diversos niveles de organización”.

Cuadro 1. Tasa de mortalidad por el cólera en Guadalajara en 1833

Parroquia	Población	No de casos	Muertes por 1,000 habitantes
Analco	6,537	787	120.40
Mexicalzingo	6,722	539	80.18
Sagrario	19,148	891	46.53
Jesús	6,739	500	85.17
Santuario	5,783	500	90.85
Total	44,928	3,275	72.89

Fuente. Oliver L. Un verano mortal. Gobierno del Estado de Jalisco, 1986.

Cuadro 2. Tasa de mortalidad infantil en países en desarrollo, 2010

País	Tasa por 1,000 vivos nacidos	Porcentaje del PIB en salud	Gasto anual en salud en dólares
Mali	178	6.6	38
Sierra leona	174	13.1	44
Rep. Dem. Congo	170	4.1	16
Angola	161	4.6	204
Haití	161	6.1	40
R. Centrafricana	159	4.3	19
Guinea-Bissau	150	6.6	18
Afganistán	149	7.4	51
Níger	143	6.1	69
Nigeria	143	5.8	21
México	16	6.5	515*

Fuente. Estadísticas del Banco Mundial 2012.

Cuadro 3. Tasa de mortalidad infantil en países desarrollados, 2010

País	Tasa por 1,000 nacidos vivos	Porcentaje del PIB en salud	Gasto en Salud en dólares
Eslovenia	3	9.1	2175
Finlandia	3	9.7	3801
Singapur	3	3.9	1501

Suecia	3	9.9	4252
Alemania	4	11.3	4629
Austria	4	11.0	5037
Bélgica	4	11.6	4634
Dinamarca	4	11.2	5532
Francia	4	11.7	4798
Italia	4	9.5	3328
Estados Unidos	8	16.5	7410

Fuente. Estadísticas del Banco Mundial 2012.

Cuadro 4. Desigualdad en países seleccionados según índice de GINI

País	GINI	País	GINI
Brasil	56.6	España	36.6
Nigeria	52.2	India	36.5
Argentina	49.2	Taiwán	33.9
México	46.4	Bangladesh	33.5
Estados Unidos	44.9	Italia	33.3
China	42.9	Japón	31.9
Tailandia	42.7	Canadá	31.5
Pakistán	39.8	Australia	31.2
Indonesia	39.6	Alemania	31.1
Corea del Sur	37.2	Francia	27.5

Fuente: Davis S, Sandström S, Shorrocks A, & Wolf E. The World Distribution of Household Wealth. Helsinki 2008.