



Más que salud

**La** Teresa Blasco Hernández  
**salud**  
**integral**

Carmen Rodríguez Reinado

  
CATARATA

  
Instituto  
de Salud  
Carlos III





#### **TERESA BLASCO HERNÁNDEZ**

Doctora en Sociología y diplomada en Enfermería. Tras dedicarse a la asistencia sanitaria, formó parte de los equipos directivos de diferentes hospitales y centros de salud de Madrid y desde el año 2002 trabaja en el Centro Nacional de Medicina Tropical del Instituto de Salud Carlos III. Su principal línea de investigación son los determinantes sociales de la salud en poblaciones desfavorecidas en España y en países de baja renta, así como el estudio de las enfermedades tropicales desatendidas. Estos temas se abordan en libros y artículos científicos en revistas internacionales. Ha colaborado y liderado proyectos de investigación en España, América Latina y África.

#### **CARMEN RODRÍGUEZ REINADO**

Doctora en Sociología, docente en el departamento de Sociología y Salud Pública e investigadora en el Centro de Estudios Sociales e Intervención Social de la Universidad de Huelva. Ha trabajado en diversos organismos públicos como consultora, como el Instituto de Salud Carlos III, el Centro de Estudios Sociosanitarios, así como la Escuela Andaluza de Salud Pública. Su carrera profesional se ha centrado en el ámbito de la Sociología de la Salud y Desigualdades Sociales. Como investigadora, ha participado en proyectos I+D y ha publicado diversos artículos científicos.

Teresa Blasco Hernández  
y Carmen Rodríguez Reinado

# La salud integral



MÁS QUE SALUD

COLECCIÓN EDITADA CONJUNTAMENTE CON EL INSTITUTO DE SALUD  
CARLOS III



ESTE LIBRO PRESENTA RESULTADOS Y/O INVESTIGACIÓN INDEPENDIENTES. LAS OPINIONES EXPRESADAS SON LAS DEL AUTOR(ES) Y NO REPRESENTAN NECESARIAMENTE LA POSICIÓN OFICIAL DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.

DISEÑO DE CUBIERTA: ESTUDIO PÉREZ-ENCISO

© TERESA BLASCO HERNÁNDEZ Y CARMEN RODRÍGUEZ REINADO, 2017

© INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, 2017  
MONFORTE DE LEMOS, 5  
28029 MADRID  
TEL. 91 822 20 00  
WWW.ISCIII.ES

© LOS LIBROS DE LA CATARATA, 2017  
FUENCARRAL, 70  
28004 MADRID  
TEL. 91 532 20 77  
FAX. 91 532 43 34  
WWW.CATARATA.ORG

LA SALUD INTEGRAL

ISBN: 978-84-9097-038-6  
DEPÓSITO LEGAL: M-31.806-2017  
IBIC: V/MB/PDZ  
NIPO: 062170347

ESTE LIBRO HA SIDO EDITADO PARA SER DISTRIBUIDO. LA INTENCIÓN DE LOS EDITORES ES QUE SEA UTILIZADO LO MÁS AMPLIAMENTE POSIBLE. QUE SEAN ADQUIRIDOS ORIGINALES PARA PERMITIR LA EDICIÓN DE OTROS NUEVOS Y QUE, DE REPRODUCIR PARTES, SE HAGA CONSTAR EL TÍTULO Y LA AUTORÍA.

# ÍNDICE

CAPÍTULO 1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR SALUD? 7

CAPÍTULO 2. CÓMO INFLUYEN LOS ASPECTOS SOCIALES  
EN NUESTRA SALUD 28

CAPÍTULO 3. QUÉ FACTORES AFECTAN A LA SALUD 38

CAPÍTULO 4. LOS ESTILOS DE VIDA 61

CAPÍTULO 5. EL PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO 71

CAPÍTULO 6. LA MEDICALIZACIÓN EN LAS SOCIEDADES  
MODERNAS 95

BIBLIOGRAFÍA 107





Generalmente solemos pensar que estamos sanos cuando no sentimos dolor ni malestar, es decir, cuando en el cuerpo no se manifiesta ningún signo clínico de enfermedad, como es la fiebre, los vómitos, el dolor de cabeza, etc. Estos signos patológicos son elementos que nos advierten de que en nuestro organismo algo no está funcionando como debiera. En definitiva, son los indicadores a través de los cuales las personas detectamos las enfermedades en el cuerpo; de hecho, cuando tenemos estos síntomas nos movilizamos para ir al médico.

Hoy en día, de manera muy generalizada, predomina una forma de entender qué es la salud y, por ende, cómo se percibe la salud, asociada a lo biológico de la enfermedad. Sin embargo, esta asociación entre salud, enfermedad y biología no siempre ha sido así a lo largo

de la historia, como tampoco se ha entendido la salud de la misma forma en los distintos contextos culturales. Por ejemplo, si viajásemos atrás en el tiempo hasta la Grecia clásica, en concreto al año 150 d. C., la época de Galeno, encontraríamos una forma de percibir la salud muy diferente a la actual. En esa época era considerada como uno de los bienes más preciados que había que cuidar y proteger. Por eso se veneraban deidades como la diosa Higiya de la salud, de la que deriva el nombre de "higiene", o el dios Asclepio de la medicina. Pero quizá lo más destacable sea la concepción que se tenía de la salud como un estado de perfecta armonía entre el cuerpo y el espíritu, considerado este último como un ingrediente esencial. A este respecto, basta con hojear las obras del poeta griego Homero o de Hesíodo para observar la importancia que se le atribuía al alma (psique) en la vida en general. Incluso, si avanzamos en la historia hasta el medievo, se observa que la forma predominante de entender la salud estaba basada en el perfeccionamiento del espíritu a consecuencia de la influencia de la religión católica cristiana, dejando a un lado el cuerpo.

Ahora bien, estas distintas perspectivas sobre la salud no solo afloran cuando se mira al pasado, sino también al analizar otros contextos culturales, de tal modo que si comparamos cómo se percibe en la actualidad la salud en las culturas orientales o africanas con la cultura occidental observamos diferentes maneras de vivir la salud. Por ejemplo, en China, heredera de una tradición taoísta que sostiene una concepción cosmológica sobre el origen del universo basado en el equilibrio de dos fuerzas principales (el yin y el yang),

se considera que la salud está vinculada, como todo lo que existe en el universo, a un ente inmutable y eterno conocido como Tao, de manera que la salud es el resultado del equilibrio entre los cinco elementos del universo (agua, tierra, fuego, madera y metal). Así, la enfermedad es entendida como la ruptura de ese equilibrio entre los diferentes elementos y fuerzas. De ahí que la técnica terapéutica de la acupuntura, tan practicada en esta cultura, tenga como finalidad restaurar el equilibrio perdido entre el yin y el yang sobre alguno de los 365 puntos de inserción en el cuerpo.

## UNA CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Estas formas diferentes de concebir la salud según el contexto cultural e histórico ponen de manifiesto el carácter relativo del modelo conceptual que actualmente predomina en el mundo occidental, en tanto que evidencian que su significado varía según factores geográficos, culturales, históricos, sociales, etc. Dicho en otros términos, el significado que adquiere la salud es resultado de una *construcción social*, y se define como toda entidad institucionalizada o todo artefacto inventado por los miembros de una cultura o sociedad particular que comparten entre sí determinadas normas y reglas. Esto conlleva que todo síntoma de salud o enfermedad va a depender de:

- Valores culturales.
- Normas sociales.
- Reglas de interpretación compartidas.

Un ejemplo ilustrativo que puede ayudar a comprender la manera de concebir la salud en los distintos contextos culturales se muestra en los resultados obtenidos en un proyecto de investigación denominado estudio "Esevigüe", cuyo trabajo de campo fue realizado en la ciudad de Bata, en Guinea Ecuatorial, localizada geográficamente en la parte ecuatorial de África. Entre los distintos objetivos de investigación del estudio, se planteó indagar qué es para la población guineana la salud y la enfermedad. Para ello se entrevistó personalmente a mujeres y hombres de diferentes edades que habían nacido y que residían en la ciudad de Bata y se les preguntó de forma abierta cómo definían la salud y la enfermedad. Respecto a la salud, la mayoría de la población guineana la definió equiparándola al hecho de tener vida. A continuación se muestran algunos extractos literales de cómo definen la salud:

La salud, la salud, cuando lo tienes bien, o sea, la salud es vida y la vida es todo, que Dios nos lo regaló, para mí es importante tener salud, buena salud, porque sin salud no puedo trabajar, sin salud no puedo estar con mi familia bien, sí es importante tenerla bien, mejor (mujer guineana).

Una buena salud te da larga vida, porque primero la salud, después todo lo que puedes hacer detrás, la salud da la vida, nadie puede hacer nada mientras está enfermo (hombre guineano).

Sin embargo, los resultados obtenidos en cuanto a cómo la sociedad guineana percibe la enfermedad son mucho más novedosos y alejados de nuestra normal cultural. A este respecto, explican que existen dos tipos de

enfermedades bien distintas: “Las enfermedades tradicionales”, es decir, enfermedades que comúnmente denominan “de curanderías” o “enfermedades fang”, y “las enfermedades de hospitales”. Esta percepción dual de la enfermedad, explican las personas entrevistadas, tiene su razón de ser en el origen de ambas enfermedades. En el caso de las “enfermedades de curandería”, se piensa que su origen reside en la brujería y/o el hechizo, resultado por tanto del sistema cultural de creencias animistas que mantiene la sociedad guineana ecuatorial. Este sistema de creencias toma como base fundamental la división entre el cuerpo y el espíritu. De ahí que para esta sociedad muchas enfermedades sean explicadas como enfermedades de espíritus, del alma y de ánimas. Así las personas entrevistadas cuentan que este tipo de enfermedades no pueden ser diagnosticadas por los médicos, ni por ningún profesional sanitario de la medicina moderna, dado que “los aparatos no pueden verla”, pues son enfermedades que tienen que ver más con el alma. Este texto literal de una entrevista realizada a esta población y que aparece a continuación muestra esta concepción de la enfermedad de la que se está hablando:

Tú sabes que ahora que estamos aquí en la curandería el cuerpo humano tiene dos tipos de enfermedades. Digamos que tienes paludismo, tienes hipertensión, tienes hernia y puedes ir al hospital. Ahora cuando tienes hechizo o el *lunma* que se inyecta a la gente, ¿qué es lo que tú vas a hacer en el hospital? Estamos por esa razón aquí, porque tenemos la enfermedad del fang (mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

En cuanto al origen de las “enfermedades de hospitales”, a diferencia de las enfermedades tradicionales, para la sociedad guineana se halla en la religión. De modo que es Dios el responsable último de que las personas tengan o no salud, en la medida en que es quien da la salud o por el contrario también la quita. En este sentido, “las enfermedades de hospitales” tan solo pueden ser tratadas y curadas por los médicos y profesionales sanitarios. Y este tipo de enfermedades se manifiestan en el cuerpo de las personas a través de la fiebre, de la tos, distinguiéndose así por tanto de las enfermedades de tipo tradicional:

Yo voy con paludismo, o cuando ataca la fiebre a mi cuerpo y me molesta, cuando tengo diarrea voy al hospital, yo acudo siempre al Hospital (hombre, seropositivo).

[...] la famosa, paludismo que domina demasiado aquí en Guinea. Hay muchas enfermedades que curan los blancos, muchas, sí, cosas como tifoidea, todo esto lo curan ahí (mujer, sin diagnosticar, medicina moderna).

Por tanto, hay que tener en cuenta que en la manera en que construimos lo que es la “salud” como lo que es la “enfermedad” van implícitos significados simbólicos. Por ejemplo, tener el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o una tuberculosis en España conlleva una carga simbólica importante, en el sentido de que son enfermedades que están cargadas de prejuicios y estereotipos. Por ejemplo, en España en la década de los noventa se asociaba el tener VIH a una población homosexual o

heroinómana. Y, sin embargo, las estadísticas actuales, según el informe del año 2015, advierten que los nuevos casos de infecciones corresponden a un perfil caracterizado por ser hombre heterosexual con una edad comprendida entre 30 y 39 años. Lo mismo ocurre si se tiene alguna patología mental, pues las personas que la padecen sufren un estigma social que se asocia a la discriminación laboral, social y personal. Nada que ver, por el contrario, si lo comparamos con la carga simbólica que tienen otros tipos de patologías como la diabetes tipo II.

En este sentido, las palabras de José Luís García, médico investigador en la materia, aportan gran claridad: “La enfermedad, diferenciada de la patología, se considera como un fenómeno cultural complejo en el que los indicadores patológicos son transformados en signos sociales y relacionados simbólicamente con otras dimensiones de la vida social”.

De modo que la enfermedad es resultado de su construcción social, es decir, adquiere sentido a partir del significado que una sociedad le atribuye. Esta perspectiva es fundamental en este libro, pues se basa en el entendimiento de la salud y la enfermedad como hechos sociales. Y partir de la base de que tanto la enfermedad como la salud son hechos sociales, es entender que ambas son resultado de convicciones, normas y significados impuestos por un grupo social. Ambos constructos ejercen además un poder coactivo en las personas, moldeando la forma de pensar, actuar y sentir respecto a lo que se ha establecido sobre la salud y la enfermedad.

De este modo, la representación de la salud que impera hoy en día no es resultado de una categoría o un concepto neutro, aséptico, ahistórico y espontáneo, ni constituye en sí misma una verdad absoluta, pues está en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad y, por consiguiente, está sujeta a determinados valores e intereses ideológicos.

En este sentido, constituye un campo de confrontación entre diferentes intereses e ideologías. Por ejemplo, tal y como se analizará en el último capítulo, hoy en día es bien conocida la presión que ejercen las industrias farmacéuticas al establecer y determinar los parámetros que configuran “lo sano” y “lo enfermo” en el cuerpo humano.

Además, la idea sobre la salud no solo varía en función de los diferentes grupos sociales, sino que incluso depende de cada persona, ya que entraña una dimensión subjetiva que le da un carácter dinámico y polisémico, en el que las valoraciones y la conceptualización difieren en cada etapa de nuestra vida. Por ejemplo, al preguntar a personas de diferentes edades sobre qué es lo normal o patológico y sobre qué significa la salud, nos encontramos con maneras de concebirla muy diversas. Sin tratar de generalizar, y solo a modo de ejemplo que ilustre esta idea, en un estudio llevado a cabo por estudiantes del grado en Enfermería, en la realización de una práctica que tenía como objetivo identificar el significado de la salud para las personas se concluyó que para la infancia no tener salud significa “no poder jugar con los/las amigos/as, tener



dolores de cabeza o no ir al colegio”. Para algunas personas jóvenes la salud es “no tener bulimia ni anorexia, hacer deporte y estar en forma, poder salir de fiesta con los/as amigos/as, no tener sobrepeso y no consumir drogas”. Mientras que para las personas adultas significa “ausencia de enfermedad, no ir al médico, tener solo dolores pasajeros, no tomar medicamentos, no tener estrés, poder hacer una vida normal, poder trabajar y poder disfrutar en el tiempo libre”. Por último, para las personas mayores es “no tomar muchas pastillas, estar ágil y tener habilidades, no depender de los demás, tener memoria y hacer una vida rutinaria sin sobresaltos”. De manera que mientras que para la infancia la salud estaba relacionada con el juego y la actividad física, que es en definitiva la expresión del desarrollo infantil, para la adolescencia la salud estaba relacionada más con hábitos y conductas, tanto en sentido positivo como negativo.

## ¿CÓMO SE PERCIBE HOY LA SALUD?

Actualmente impera una visión sobre la salud que suele estar relacionada con la ausencia de enfermedades e invalideces. De ahí que sea frecuente percibir que una persona tiene salud cuando no padece ningún tipo de patología concreta, ya sea leve, crónica o grave. Este enfoque ha estado vigente hasta mediados del siglo pasado, no estando exento de algunas críticas. Entre las críticas recibidas, la más destacada es que al considerar la salud como ausencia

de enfermedad se adquiere una perspectiva negativa de la misma en la medida en que limita la salud a un proceso reactivo en el que es restaurada a través de intervenciones médicas. Por el contrario un enfoque positivo de la salud estaría basado en promover el bienestar de las personas y prevenir las enfermedades, sin esperar a que aparezca una enfermedad en el cuerpo para cuidar la salud o para intervenir. Ahora bien, habría que delimitar exactamente qué es lo que se considera normal y qué es lo patológico, es decir, lo que es enfermedad y lo que no lo es, y esto no siempre es posible. Definir qué se entiende por normalidad resulta complejo, ya que se trata de un concepto que puede variar según las condiciones de vida y el desarrollo de los individuos, de la misma manera que lo que puede resultar normal en un momento determinado de nuestra vida o en nuestra cultura puede no serlo en épocas posteriores o en otras culturas. Esto se debe a que, al ser un constructo social, varía, como ya hemos mencionado.

Es más, como iremos viendo, se trata de un concepto que también varía según el género, la edad, la etnia, la educación e incluso según los diferentes segmentos de población que la definan. En definitiva, cada persona concibe "su salud" en función de sus creencias, actitudes, percepciones, personalidad, género, edad, clase social, visión del mundo que le rodea, etc. De hecho, cuando las personas hablan de la salud suelen hacerlo en primera persona, "mi salud", con sentido de identidad y apropiación personal.

## ¿CÓMO ENTIENDE LA SALUD LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD?

Las dificultades que presentaba el concepto de salud, visto de una forma negativa como ausencia de enfermedad, dieron lugar a una conceptualización más positiva de la misma. De manera que, en 1941, Sigerist la definió como “algo positivo, una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo y no simplemente como la ausencia de enfermedad”. En 1945, Stampar presenta un concepto de salud en el que se incorporaban tres dimensiones —física, psíquica y social—, y la definió como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición, que ha perdurado hasta nuestros días, fue admitida universalmente y aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Fundacional de abril de 1946.

Dicha definición marcó un hito y supuso un cambio importante en la forma de entenderla y definirla. Por primera vez se concibe la salud en términos positivos: la salud y la enfermedad dejan de ser conceptos opuestos y excluyentes; se incluyen las áreas física, mental y social de la persona, todo ello con una perspectiva más holística. Aunque hasta aquí todo parezca maravilloso, sin embargo, se trata de una definición muy ambiciosa, poco operativa y alejada de la realidad, que ha recibido múltiples críticas:

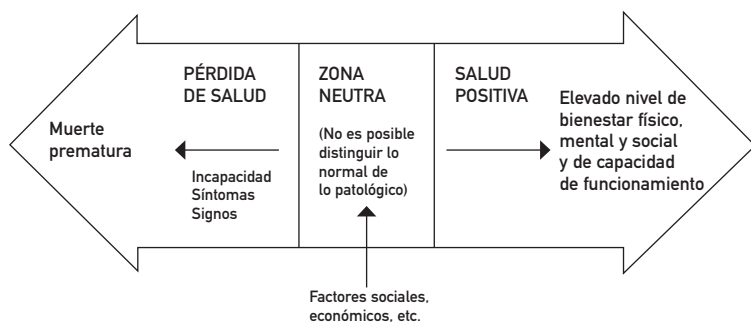
- Es utópica, pues resulta difícil alcanzar un completo estado de bienestar físico, psíquico y social.
- Es subjetiva debido a que no puede cuantificarse y, por tanto, medirse de forma objetiva, ya que la idea de bienestar o malestar depende de la percepción de cada individuo, al estar basada en sensaciones de bienestar personal.
- Es estática en la medida en que no considera que la salud sea algo dinámico y cambiante en la que existen diferentes grados de salud.

Estas críticas dieron lugar a la formación de una corriente revisionista. En esta línea de pensamiento destaca el autor Milton Terris (1980), que incorporó una dimensión más dinámica del concepto de salud; es decir, la existencia de distintos grados de salud y de enfermedad que van desde el completo bienestar, tal y como lo define la OMS, al otro extremo: la muerte, de manera que existe una continuidad en el estado de salud: todas las personas se pueden encontrar frente a multitud de estados intermedios, con mayor o menor pérdida de salud o enfermedad.

Este autor plantea que, además de los distintos grados de salud, existen dos aspectos de la enfermedad, uno objetivo y otro subjetivo. El primero es la capacidad de funcionamiento, es decir, el grado en que la enfermedad limita esta capacidad. Por su parte, el segundo es sentirse mal o bien en diferentes grados, según una valoración personal. La figura 1 resulta muy útil para comprender la definición dinámica de la salud, el

*continuum* que existe en la salud y en la enfermedad, donde aparecen dos polos; en el positivo se encontraría la salud, en cuyo extremo se sitúa el óptimo de salud: un elevado nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento; en el polo opuesto, el negativo, se encontraría la enfermedad, en cuyo extremo se sitúa la muerte. Entre ambos polos se ubica una zona neutra donde resulta difícil separar lo normal de lo patológico, pues ambas situaciones coexisten. Sobre esta zona neutra actuarían los factores sociales, económicos, políticos, etc., que influyen en la salud, de manera que estos determinan una evolución hacia la salud o la enfermedad en distintos grados.

FIGURA 1  
EL 'CONTINUUM' SALUD-ENFERMEDAD



Fuente: Piédrola, G. et al. (2001): *Medicina Preventiva y Salud Pública*, Elsevier España, Barcelona.

Como resultado de este planteamiento, Milton Terris propone definir la salud como "un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de enfermedad o

achaque”. Esta manera de definirla integra tanto los aspectos objetivos como subjetivos y pone de manifiesto que la salud supone un bienestar físico, psíquico y social continuo, tal como la define la OMS, y no necesariamente completo.

## EL MODELO BIOMÉDICO HEGEMÓNICO

A pesar de las múltiples definiciones que hemos visto sobre la salud y las diferentes maneras de abordarla, nos encontramos con que actualmente predomina un enfoque de la salud donde se privilegia el factor físico-biológico como componente principal de la salud, relegando a un segundo plano los factores socioculturales que también intervienen en el proceso de salud y enfermedad.

Como consecuencia de esto, las enfermedades son percibidas como tipos específicos de reacciones biológicas ante alguna lesión o un cambio que afecta al cuerpo. De manera que la enfermedad en la medicina moderna es entendida como un fenómeno cuantificable y, por tanto, objetivo, caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico. En ciencias sociales, esta forma —que actualmente predomina en Occidente— sobre cómo se entiende la salud se denomina “modelo biomédico hegemónico”. Para Menéndez (1992), este modelo supone “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha ido logrando establecerse como subalterna

al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”.

Cabe señalar que algunas de sus principales características, según Menéndez (1992), son:

- Marcado biologismo.
- Concepción teórica mecanicista/positivista/evolucionista.
- Ahistoricidad.
- Orientación curativa basada en la eliminación de síntomas.
- Eficacia pragmática.
- Individualismo.
- Salud/enfermedad como mercancía.
- Relación asimétrica entre paciente y médico.
- Profesionalización formalizada.
- No legitimación científica de otras prácticas.
- Identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de otros modelos.
- Concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia.
- Medicalización de los problemas y tendencia al consumismo médico.
- Patologización de la vida cotidiana. Esta ha tenido muchas implicaciones en la sociedad. De ahí que en la última década haya generado malestar en algunas esferas: pacientes, intelectuales, médicos y, en general, la sociedad civil.

De tal modo que, en este modelo, la salud y la enfermedad son definidos en oposición y exclusión una respecto de la otra, dando lugar al binomio salud/enfermedad, a partir del cual se sucederán otros como sano/enfermo, norma/desviación, médico/paciente, etc. Así, esta separación como términos opuestos conlleva ideas implícitas de adaptación y desadaptación, de normalidad y desviación. Asimismo, el concebir una categoría en exclusividad de la otra y por oposición no constituye una estrategia heurística válida para aclarar los diferentes aspectos que ambos conceptos entrañan.

No obstante, dicho modelo de entender la salud no es compartido por otras disciplinas y, en especial, por la sociología de la salud. Esta es una rama de estudio de la sociología cuyo objetivo es el estudio de las causas y consecuencias sociales de la salud y la enfermedad. Por tanto, su punto de partida va más allá de la ausencia de enfermedad, ya que considera la salud como un proceso complejo donde interactúan otros muchos aspectos de la vida del ser humano tales como el funcionamiento biológico, los sentimientos, las emociones, la interacción social, la biografía, el nivel socioeconómico, el contexto cultural y social, el capital social, las redes sociales, etc., e, incluso, las necesidades espirituales.

Una de las definiciones de salud más interesantes y completas que aporta esta disciplina es la del sociólogo Donati. Propone un nuevo paradigma sobre la salud que consiste en tener un enfoque más integral, de modo que hace énfasis en construir un concepto de



salud más relacional y participativo. Por tanto, en contraposición de lo que la medicina viene haciendo, señala la importancia de centrar los análisis y el foco de atención en la salud y no en la enfermedad. Esto conllevaría, entre otras cuestiones, a cambiar el prisma de intervención, debido a que es primordial actuar desde la prevención teniendo como objetivo central el que las personas mantengan la salud, entendiendo que ello consiste en un proceso activo de capacidad y voluntad por el cuidado y mantenimiento de la salud, y no en un estado. Y en el sentido en que se considera la salud como un proceso, implica la adquisición de hábitos, prácticas, comportamientos y actitudes encaminadas al cuidado, mantenimiento y desarrollo de la salud. Así, se enfatizaría en el papel dinámico de la persona como un actor participativo con respecto a las instituciones y los roles médicos sanitarios, y por ende, en el proceso de salud y enfermedad.

Por tanto, la salud deja de ser un concepto considerado como "ausencia de enfermedad" para ser analizado y definido desde criterios más sociales, aunque no se excluyen los aspectos clínicos y médicos, adoptándose una visión interdisciplinar y más global de la salud.

## LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD: DOS MUNDOS PARALELOS

Como ya se ha visto con anterioridad, el concepto de salud es un concepto construido, en el que está presente lo biológico, lo cultural, lo social, lo moral, lo

psicológico, etc. De esto se desprende que la salud tiene múltiples dimensiones: una dimensión biológica, objetiva y, por tanto, más o menos medible; otra dimensión subjetiva, valorativa e interpretativa, propia de los individuos; y, por último, una dimensión social que está relacionada con el contexto social, económico, cultural y político.

Ahora bien, el concepto varía en función de los múltiples y diversos contextos, de manera que, tal como refieren Comelles y Martínez Hernández (1993), dos antropólogos que llevan años analizando la problemática sociosanitaria, si nos situamos en el contexto médico-asistencial la atención se centra en gran medida en la dimensión biológica, en los signos que presenta el paciente, es decir, en lo que se ve: la tos, la fiebre; en definitiva, en lo objetivo y medible. Mientras que si nos situamos en el contexto del paciente, además de los signos, el paciente tiene síntomas, y estos son narrados de distinto modo por cada persona, de forma que nos situamos en lo subjetivo, ante lo que siente y expresa el paciente. En palabras de Comelles y Martínez, la biomedicina tiende a reducir los síntomas, que no consisten solo en lo que siente el enfermo, sino también en cómo los narra —a los signos, lo que se ve, como, por ejemplo, un absceso con pus o la manifestación de la tos, etc.—; de tal modo que el dolor, por ejemplo, no interesa como sufrimiento, como vivencia, sino como un indicador subjetivo de una alteración o de un trastorno físico, biológico.

La salud trasciende la dimensión biológica del ser humano y no se reduce a diagnósticos y signos elaborados

mediante indicadores biológicos, sino que la salud en las personas y en la población presenta elementos que la diferencian sustancialmente de la concepción biomédica. Mientras las personas centran su mirada en la salud como totalidad, determinada por un bagaje cultural y social en un contexto concreto, el sistema biomédico se centra en la salud como parcialidad, con una concepción mecanicista de esta, donde la enfermedad constituye un trastorno de este proceso mecánico. De hecho, cada especialidad médica centra su mirada en esa parte que tiene que explorar y analizar.

Ahora bien, tal es el peso que ha tenido y tiene el modelo biomédico en la sociedad occidental que ha traspasado los ámbitos donde se ejerce y ha llegado a la población con gran fuerza. Así, las personas y la población han interiorizado que estar enfermo significa sentir algo en nuestro cuerpo; de ahí la dificultad en comprender aquellas enfermedades que cursan de manera asintomática.

Esta forma de entender la salud ha calado en la población con importantes repercusiones, aunque cabe destacar dos especialmente relevantes: 1) que en la mayoría de las ocasiones las personas vinculen la salud, tal y como se aborda desde las instituciones sanitarias, con la dimensión biológica, es decir, con lo que se ve, lo que da lugar a que la mayoría de las personas, cuando acuden a una consulta médica, se centren en comunicar la dimensión clínica de la salud, dejando para el ámbito privado lo que se siente, lo que se interpreta y lo que se cree, es decir, todo lo simbólico, y, por tanto, la dimensión subjetiva y social. Un ejemplo que ilustra esta idea,

y que extraemos de un estudio llevado a cabo con población inmigrante y tuberculosis, es cuando las personas expresaban sus creencias, vivencias y las repercusiones que estaba teniendo la tuberculosis en sus vidas. Se les preguntaba si esta información se la habían comunicado al médico y su respuesta era que no le correspondía al médico, sino que era una cuestión personal; 2) el hecho de relacionar la salud con lo biológico también determina que no existan espacios en las instituciones donde la población pueda expresar todos los aspectos no biológicos de la enfermedad.

De todo esto se desprende la importancia de incorporar los diferentes elementos que constituyen la salud en nuestra vida cotidiana; es decir, interiorizar que la salud va más allá de lo biológico e identificar las dimensiones culturales y sociales como partes constituyentes de la misma.

En esta línea, en los últimos años cada vez se le da más importancia y se ve la necesidad de humanizar la atención sanitaria. Tanto es así que desde el Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Sanidad se ha elaborado un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. El objetivo que se pretende con esto es que se promueva y se lleven a cabo acciones que garanticen una atención personalizada a lo largo de todo el proceso asistencial. Con esto se espera que exista una mejora ya que se centra la asistencia en una atención del paciente integral y multidisciplinar (psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales...) para poder abordar los distintos problemas de las personas y así dar soluciones adaptadas a cada individuo.

Si nos damos cuenta de que la realidad en la que vivimos es holística y nuestra percepción del mundo selectiva (mediada por nuestros valores, actitudes, necesidades, etc.), estaremos dando un paso importante para ser capaces de identificar cómo nos han enseñado a mirar la salud y cómo deberíamos mirarla, lo que ayudará a acercar la realidad que envuelve la salud y la enfermedad.

## CÓMO INFLUYEN LOS ASPECTOS SOCIALES EN NUESTRA SALUD

Las diferentes formas de definir y entender la salud que han ido sucediéndose en el devenir de la historia ponen de manifiesto la complejidad y la multitud de causas que intervienen en ella. De modo que, si bien en los procesos de salud-enfermedad influyen factores biológicos de la persona, dichos procesos no dependen exclusivamente de estos, pues están sujetos a una variedad de factores como los aspectos sociales, es decir, las condiciones estructurales que rodean a la persona.

En cuanto a la relación que se establece entre los factores sociales y la salud, en la década de los ochenta del siglo pasado se inicia una fuerte corriente de pensamiento y análisis —que continúa en la actualidad— que incide en el impacto que tienen los aspectos sociales en el estado de salud de las poblaciones. En la actualidad

existen multitud de estudios y, por lo tanto, evidencia científica suficiente, que muestran la variabilidad del estado de salud poblacional según determinadas variables sociales.

Destaca un clásico estudio realizado en Florencia, Leghorn y Turín en 1994 en el que, tras un seguimiento longitudinal llevado a cabo durante varios años sobre la salud de la población, se comprobó que la mortalidad se incrementaba a medida que la desventaja social aumentaba. Este deterioro progresivo y lineal que se produce en la salud a medida que se desciende en la posición social es lo que se ha denominado “gradiente social de salud”, que expresa que cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, grupo o población, peor es el estado de salud, independientemente del Producto Interior Bruto (PIB) del país. Este es un fenómeno universal y suele expresarse también en términos de “déficit de salud”; es decir, el número de vidas que se habrían salvado si todos los grupos de la sociedad disfrutaran del mismo grado de salud que el grupo más favorecido. Por ejemplo, en España se estima que en las zonas más desfavorecidas se producen 35.000 muertes más al año que en las zonas más prósperas. Por tanto, si las diferencias en salud entre las personas no dependen exclusivamente de la variabilidad biológica o genética, sino que gran parte de sus causas se hallan en aspectos sociales, nos encontramos ante el hecho de que estas diferencias en salud pueden ser evitables, pues dependen de cómo las sociedades se organizan política y socialmente. En este sentido, la distribución de las enfermedades no

depende exclusivamente del azar, ya que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica de las sociedades.

Ahora bien, estos factores que influyen —positiva o negativamente— se conocen como “determinantes sociales de la salud” y la OMS (2008) los define como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas”. El término desarrolla un concepto que reconoce que las personas enferman y mueren en función de su lugar de nacimiento, sus condiciones de vida o el trabajo que desempeñen, de tal modo que cada persona incorpora en su cuerpo, desde que nace hasta que muere, los “determinantes sociales de la salud”, que son por tanto “naturalizados” en la biología del cuerpo y expresados, en última instancia, a través del estado de salud de las personas. Por tanto, los “determinantes sociales de la salud” se refieren al amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva de una sociedad.

De modo que estas diferencias en salud que se deben a factores sociales son el resultado de lo que ha sido denominado como “condiciones sociales injustas”. Así, en la medida en que estas diferencias son evitables, innecesarias, dependen de la estructura social de cada sociedad y van más allá de aspectos genéticos y biológicos, nos enfrentamos a aspectos que cuestionan la justicia social y la equidad



y que generan “desigualdades sociales en salud”. Este concepto ha sido definido en el campo de la salud pública como “las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que conlleva que los colectivos más favorecidos presenten una salud mejor que el resto de la población”.

Ahora bien, para que estas diferencias en la salud sean consideradas “desigualdades sociales en salud” y no meras variaciones en la salud entre la población generadas por el azar o la herencia genética, deben ser socialmente injustas y evitables, como, por ejemplo, el acceso restringido a los cuidados de salud. Además, ha de tenerse en cuenta que mientras que no todas las variaciones en la salud son evitables, y por tanto injustas, todas las desigualdades en salud sí lo son, por lo que las condiciones que han de tener dichas variaciones en salud para ser consideradas como desigualdades son:

1. Existencia de un patrón sistemático en las diferencias de salud, lo que conlleva que dichas diferencias en salud y en la enfermedad en la población no se distribuyan de manera aleatoria, sino que presenten un patrón que se repita en toda la población. Son especialmente llamativas las diferencias en salud entre diferentes grupos socioeconómicos en una población dada.
2. La existencia de procesos sociales que dan lugar a diferencias no determinadas por factores biológicos, por lo que esa desigualdad en salud no es

fija ni inevitable. Por ejemplo, todas las enfermedades que se derivan de procesos de desarrollo económicos que no tienen en cuenta indicadores de contaminación medioambiental. Por tanto, al menos en teoría, si son los procesos sociales los que generan esas diferencias en un país, debería poderse actuar sobre ellas para eliminarlas.

3. Se consideran injustas porque son generadas y mantenidas por “condiciones sociales injustas”.

Asimismo, ha de tenerse en consideración cinco características fundamentales de las desigualdades sociales en salud:

1. Su *ubicuidad* en la medida en que está presente en todos los países.
2. Su gran *magnitud*, ya que su impacto es enorme.
3. Su *gradualidad*, pues se extiende a lo largo de toda la escala social.
4. La *no reducción* de la desigualdad en la medida en que en una gran mayoría de casos estas desigualdades se mantienen o aumentan.
5. Su *adaptabilidad* social e histórica, pues tanto en el uso de los servicios sanitarios como en la utilización de los servicios preventivos, o en la adquisición de “estilos de vida” que comportan un riesgo para la salud, los grupos sociales más privilegiados son quienes se benefician antes y en mayor proporción de las políticas e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud.

## LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Un antecedente importante en el estudio de estos determinantes se llevó a cabo entre 1977 y 1980 en Reino Unido, en una investigación dirigida por sir Douglas Black, presidente por aquel entonces del Colegio de Médicos británico. El informe, publicado en 1980, analizó la información disponible sobre las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud en Reino Unido. Hasta entonces se pensaba que las diferencias que existían en la salud entre personas o grupos sociales se debían a la pobreza y la miseria. Sin embargo, este informe puso de manifiesto que, además de la pobreza y la miseria, en Reino Unido había unas marcadas diferencias en las tasas de mortalidad en ambos sexos y en todas las edades entre las personas que pertenecían a la clase social I —los que ocupaban los puestos más altos a nivel laboral y sus familiares— y aquellas de la clase social V —los trabajadores no cualificados y sus familiares—. De ahí que el informe demostrara que la ocupación estaba determinando la mortalidad, y que a pesar de la mejora de las tasas de mortalidad de las clases altas no había ocurrido lo mismo en las clases bajas, por lo que la distancia entre ambas había aumentado.

Desde entonces se ha tratado de dar respuesta a cuestiones del tipo: ¿cómo afectan los factores sociales a la salud? De ahí que resulte interesante conocer cómo se ha ido teorizando sobre la salud en las últimas

décadas y distinguir al menos dos de los modelos más relevantes.

## LA BIOLOGÍA HUMANA, EL MEDIO AMBIENTE, LOS ESTILOS DE VIDA Y EL SISTEMA SANITARIO

Uno de los modelos más difundidos y aceptados fue desarrollado en el año 1974 por el que era ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde; de ahí que sea conocido como el modelo Lalonde. Conviene destacar el carácter holístico, ya que, según este modelo, existen cuatro grandes grupos de factores que van a determinar el estado de salud de las personas y de la población.

El primero hace referencia a la biología humana, en la que se engloban todos aquellos aspectos que tienen su origen en el propio individuo, como son la carga genética, los factores hereditarios, así como la constitución física, el desarrollo, el crecimiento y el envejecimiento de cada persona.

Por su parte, el segundo grupo de factores está relacionado con el medio ambiente, es decir, son aquellos determinantes externos al cuerpo humano y sobre los que la persona tiene poco control, como por ejemplo la contaminación física (ruido, iluminación, etc.), química y biológica, así como aquellos factores psicosociales y socioculturales nocivos para la salud.

En tercer lugar, estarían los factores que se relacionan con los estilos de vida y las conductas de salud. En este caso serían aquellos determinantes sobre los que el individuo puede ejercer algún grado de control, como la

alimentación, el consumo de tabaco o alcohol, el sedentarismo, la conducción peligrosa, etc. Por lo tanto, serían factores que se relacionan con las decisiones que toman las personas en torno a su salud. Por último, existen otros determinantes relacionados con la organización de los servicios de salud, tales como los recursos económicos, materiales y humanos de los que dispone cada sistema sanitario; es decir, la salud de las personas y de la población estaría determinada por la cantidad, calidad, accesibilidad a los servicios de salud y a los medicamentos, así como a la práctica que realizan los profesionales sanitarios.

## EL MODELO DE NIVELES DE INFLUENCIA SOBRE LA SALUD

Este modelo plantea que las diferencias en salud son el resultado de la interacción que se produce entre los distintos factores que influyen y condicionan la salud de las personas. Fue propuesto por Dahlgren y Whitehead en 1991 y plantea que los factores que interactúan en la salud abarcan desde aquellos más globales (macro), como por ejemplo los socioeconómicos, culturales y medioambientales, hasta aquellos que son más concretos (micro), relacionados con los individuos, como por ejemplo aquellos que tienen que ver con las conductas individuales que tienen las personas con respecto a su salud.

En la actualidad este modelo es mucho más utilizado que el anterior debido a que es más integrador y

muestra que los determinantes sociales de la salud se distribuyen en capas de influencia, donde cada una influye sobre las demás. Tal y como se observa en la figura 2, en la base del modelo, el epicentro, se ubica el individuo con sus propias características no modificables y cada una de ellas ejercen una influencia inevitable sobre las condiciones de su salud: variables genéticas, sexo o edad.

En un segundo lugar, en el siguiente nivel se encuentran los comportamientos que cada individuo tiene, es decir, los hábitos relacionados con la salud, como son el consumo de tabaco, alcohol, hábitos alimentarios, comportamiento sexual, actividad física, etc. Estos factores, a diferencia de las variables genéticas o la edad, se pueden modificar y tienen una influencia directa sobre la salud de las personas.

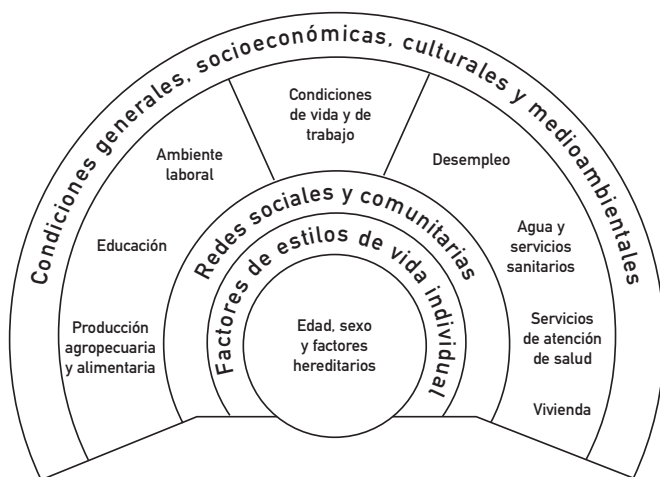
Por encima, en un tercer nivel, se sitúan las redes sociales y comunitarias, es decir, cómo influye en la salud el hecho de tener o no apoyo social de las personas del entorno cercano como los familiares, amigos, vecinos, etc. Estos factores también tienen una gran influencia en la salud de las personas.

En el siguiente nivel, se encuentran las condiciones de vida y de trabajo que cada individuo tiene, como por ejemplo el medio laboral, el desempleo, el agua y la higiene sanitaria, la agricultura y la producción de alimentos, los servicios sanitarios, la educación y la vivienda, etc.

Para finalizar, en la última de las capas se encuentran los factores estructurales relacionados con las condiciones socioeconómicas, en las que se incluye la estructura social, pero también se encuentran otros

factores culturales, políticos y medioambientales. Todos estos factores estructurales van a tener una importante y clara influencia sobre el resto de las capas inferiores del modelo, es decir, sobre las condiciones de vida y trabajo, sobre las redes sociales y comunitarias, así como sobre los estilos de vida individuales.

FIGURA 2  
 MODELO DE CAPAS DE INFLUENCIA DE DAHLGREN  
 Y WHITEHEAD



Fuente: Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991): *Policies and strategies to promote social equity in health*. World Health Organisation, Copenhagen.

## QUÉ FACTORES AFECTAN A LA SALUD

La OMS, con la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en el año 2005, adaptó y elaboró un marco conceptual más integral de las relaciones causales de los “determinantes sociales de la salud” basándose en las distintas aportaciones de los modelos existentes, mencionados en el anterior capítulo.

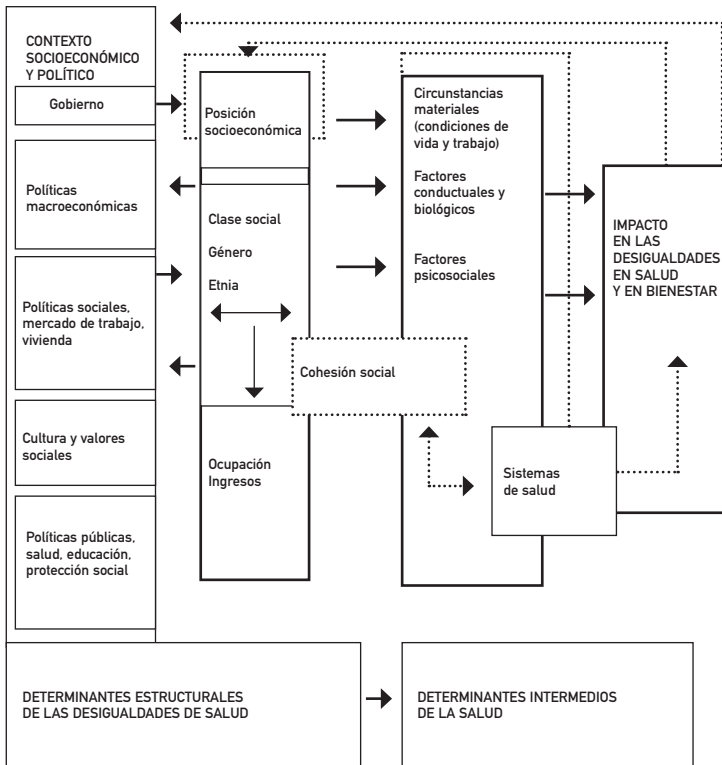
La creación de la CDSS implicó un reconocimiento a nivel internacional, institucional y científico, sin precedentes, de la influencia que ejercen los factores sociales en la salud.

A continuación, dicho modelo se ejemplifica a través de la figura 3.



FIGURA 3

COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2007



Fuente: OMS (2007): Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper, Ginebra.

*Grosso modo* este modelo identifica dos grandes tipos de determinantes: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. El primer grupo se encuentra en el contexto socioeconómico y político de una sociedad, y tienen que ver con aquellos factores que directamente afectan a la estratificación social y a la distribución del poder. Principalmente, atañe a los tipos de gobierno, las políticas macroeconómicas, públicas y

sociales, así como a la cultura y valores predominantes en una sociedad. Dentro de estos factores estructurales se encuentran los ejes de desigualdad (clase social, género, edad, etnia o raza y territorio de procedencia o de residencia). Dichos ejes van a determinar las posiciones que ocupan las personas en la estructura social, es decir, las jerarquías de poder que existen en la sociedad, y, por ende, repercuten en las diferentes oportunidades de cada persona para tener una buena salud a través de la exposición a los determinantes intermedios. Esquemáticamente dichos determinantes estructurales englobaría:

1. Contexto socioeconómico y político:
  - a. Gobierno (forma, transparencias, corrupción).
  - b. Políticas macroeconómicas (fiscales, etc.).
  - c. Políticas sociales (afectan al mercado del trabajo, bienestar, etc.).
  - d. Valores sociales y culturales.
2. Posición socioeconómica: clase social, posición socioeconómica, género, etnia, etc.

En cuanto al segundo grupo de determinantes, los determinantes intermedios, hacen referencia a las condiciones materiales de vida de las personas. Principalmente atañen a las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad, etc.) y el trabajo (riesgos físicos, ergonómicos, organización y entorno psicosocial), a la carga de trabajo no remunerado del hogar y de cuidado de las personas, el nivel de ingresos, la situación económica y patrimonial, la calidad de la vivienda y sus

equipamientos, el barrio o el área de residencia y sus características. Todos estos aspectos, junto con la posición de poder de la persona en la estructura social, tienen un impacto directo como indirecto en la salud influyendo en los procesos psicosociales como la falta de control, la autorrealización o las situaciones de estrés, además de las conductas individuales que repercuten en la salud tal y como se analiza en el siguiente capítulo. Finalmente, aunque los servicios sanitarios en sí mismos no constituyen el factor principal de generación de las desigualdades en salud, aspecto que se verá en el capítulo quinto, pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de si su acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores (al igual que la necesidad) para los grupos sociales menos favorecidos.

Esquemáticamente dichos determinantes intermedios englobaría:

- A) Condiciones materiales de vivienda, trabajo, condiciones laborales, residencia, etc.
- B) Circunstancias psicosociales, como la falta de apoyos, familia, estrés, etc.
- C) Estilo de vida, decisiones tomadas que afectan a la salud.

Por tanto, las diferencias que se producen en la salud de las personas y las poblaciones son el resultado de la organización de cada sociedad, ya que la salud está profundamente determinada por la estructura social, política y económica. En este sentido, hay autores que

señalan que la epidemia más devastadora del siglo XXI no son las enfermedades y sus propias epidemias, ni la tuberculosis, la malaria o el sida, sino las desigualdades sociales en la salud.

Por último, cabe mencionar que la aproximación a la salud y la enfermedad según sus determinantes amplía la visión dominante del modelo biomédico, la cual centra sus causas en la genética, en las elecciones individuales, en los malos hábitos y en el acceso a los servicios sanitarios.

## LOS FACTORES ESTRUCTURALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD

Si nos centramos en el contexto social, económico y político como factores estructurales de las diferencias en salud que se producen en la población, es imprescindible mencionar el informe mundial publicado en el año 2008 por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), referencia obligada en el campo de estudio de los determinantes sociales y las desigualdades sociales en la salud. Este informe dice: "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". Dicha publicación ha supuesto un hito en la sistematización del abordaje de los "determinantes sociales de la salud", cuestión que no ha de pasar inadvertida, ya que implicó el reconocimiento explícito de la gravedad de dicha cuestión y el compromiso internacional por modificarla, además de un punto de partida para situar este tema en la agenda política internacional.

En este informe se hace referencia por primera vez a lo que Geoffrey Rose (1992) define como “las causas de las causas” para referirse a aquellos factores sociales, económicos, culturales y políticos que dañan la salud colectiva de la población. Estos factores se corresponden con aquellas causas que anteceden a las “causas más cercanas” del organismo que dan lugar a enfermedades y a que un grupo social tenga más probabilidades de enfermar o de tener una esperanza de vida determinada o, en última instancia, de morir a una edad precisa. Por ejemplo, en España, la esperanza de vida se sitúa alrededor de los 82,38 años, mientras que en Guinea Ecuatorial es de 52,61 años.

No obstante, determinados autores, con el objetivo de hacer más explícito el hecho de que el contexto sociopolítico y económico específico de un país es un factor determinante para la salud colectiva de una población, refieren la pertinencia de emplear el término “las causas de las causas de las causas” para describir que la distribución desigual del poder político y económico en un país, o entre diferentes países desde una perspectiva comparativa, condiciona el surgimiento de determinantes sociales que son finalmente expresados en la biología de las personas, en las conductas ante la salud, en la mayor o menor probabilidad de estar sano, en la probabilidad de morir a una determinada edad según la clase social, el género, el territorio o la etnia, o incluso en las barreras o en las facilidades que los distintos grupos sociales tienen para acceder a los servicios de salud, etc., y que cristalizan finalmente en desigualdades sociales en salud. Este tipo de determinantes sociales se

producen concretamente por las distintas elecciones y prioridades políticas de los gobiernos de un país o de las diversas fuerzas sociales que tienen algún tipo de poder político como, por ejemplo, las multinacionales farmacéuticas.

Las *políticas públicas sociales* llevadas a cabo en una determinada sociedad o contexto social influyen sustancialmente en el vínculo que se establece entre determinantes sociales y la salud y, por tanto, en última instancia, en el estado de salud de una población. Por ejemplo, las distintas políticas económicas han demostrado que aquellas basadas en planes de ajustes estructurales y de austeridad económica merman el acceso y la calidad asistencial del sistema sanitario. En consecuencia, esto produce un impacto decisivo y directo en la salud de la población, pues restringe y limita los recursos existentes para proteger la salud, así como para tratar y prevenir las enfermedades en una población.

En esta misma línea de pensamiento destacan los análisis realizados por Vicenç Navarro, catedrático de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, sobre el impacto que tienen las políticas neoliberales en los sistemas sanitarios y, por consiguiente, en la salud individual y colectiva, debido a la eliminación del sistema público universal de salud en interés de las aseguradoras privadas y, por tanto, en detrimento de la equidad sanitaria y justicia social. Por otro lado, también son especialmente importantes en el campo de las políticas públicas el tipo de políticas sociales que se lleven a cabo en relación con el empleo y la

vivienda, ambos pilares fundamentales para el bienestar de la población, la equidad y la justicia social.

Ahora bien, las políticas orientadas a la salud pueden también convertirse en poderosas armas para reducir y eliminar las desigualdades sociales en este campo. De esta manera, hoy en día existen pruebas suficientes que demuestran que aquellos países con una tradición y cultura política basadas en una mayor capacidad de negociación y participación colectiva y de redistribución social tienen mayor éxito en la mejora de indicadores de salud como, por ejemplo, la mortalidad infantil. Asimismo, estos países, al dedicar un mayor gasto social, también gozan de una mayor cobertura sanitaria, lo que repercute en menores niveles de pobreza.

Con relación a la intervención política, un aspecto importante sobre el que la CDSS llama la atención es el hecho de que las actuaciones políticas dirigidas hacia la eliminación de los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, de la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales en interés de alcanzar mayores cuotas de cambio social.

En resumen, entre los factores que determinan que un niño o niña crezca y desarrolle todo su potencial, que tenga o no una vida próspera o que pueda vivir más de 80 años como es el caso de Japón y Suecia, 72 años como en Brasil o menos de 50 años en algún país africano, se hallan las políticas sociales y económicas. Por tanto, esta distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un

fenómeno “natural”, sino el resultado de políticas y programas sociales deficientes, ineficaces y no equitativos.

## CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO

Las condiciones de vida y de trabajo también determinan la salud de las personas y de las poblaciones. Pueden definirse como el conjunto de circunstancias materiales de existencia y supervivencia de un individuo o grupo humano en una determinada sociedad y abarcan múltiples dimensiones, como el trabajo, la vivienda, la educación, la salud, la seguridad, etc., midiéndose a través de la construcción de indicadores que permiten comparar las condiciones de vida en distintas poblaciones. Por ejemplo, las condiciones en las que nace un niño pobre de Camerún ocasionarán que tenga una alta probabilidad de sufrir malnutrición infantil, determinando su desarrollo físico futuro, o que no disponga de saneamiento, de agua potable, de alimentos básicos como la leche, etc. Del mismo modo, las condiciones en las que este niño crece harán que tan solo pueda asistir a la escuela, en el mejor de los casos, hasta los 12 años, lo que limitará su desarrollo completo y condicionará su desarrollo cognitivo y emocional, reduciendo las posibilidades de que pueda desempeñar un trabajo cualificado bien remunerado, y estará obligado a realizar un trabajo precario que pondrá en juego su salud y situará su esperanza de vida en 65 años.



Existen, por tanto, distintas condiciones de vida en las personas y grupos poblacionales que finalmente se traducen en factores sociales que afectan a la salud y que aumentan las ya existentes en la población. En este sentido, las distintas condiciones de vida que se observan en la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, el apoyo psicosocial, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población darán lugar a diferencias en los esquemas de conducta para cada grupo de población y, por ende, a una mayor o menor incidencia de la enfermedad. Específicamente, la CDSS señala: “Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños y niñas; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien”. A este respecto, la CDSS hace énfasis en el hecho de garantizar, a través de las políticas públicas, unas condiciones de vida óptimas que eliminen las desigualdades existentes en salud a través de los siguientes aspectos: 1) fomentar la equidad desde la infancia; 2) crear entornos saludables; 3) garantizar prácticas justas en materia de empleo; 4) protección social a lo largo de la vida, y 5) una atención universal de salud.

Las políticas públicas tienen que prestar atención al bienestar social de las poblaciones desde la infancia. En este sentido, con un enfoque integral, deben abordar

que, desde los primeros años de vida, las personas tengan un desarrollo completo (físico, socioemocional, cognitivo, lingüístico), pues este determinará las oportunidades futuras y la posibilidad de gozar de una buena salud. Para ello son necesarias políticas públicas coherentes, con un alto liderazgo y compromiso nacional e internacional, que desarrollen programas y medidas para garantizar a todos los niños y niñas del mundo el acceso a los servicios educativos de calidad. En segundo lugar, dado que el lugar de procedencia afectará a su salud, la CDSS resalta la importancia de crear entornos saludables donde todas las comunidades y barrios tengan acceso a bienes básicos, se proteja el medio ambiente y exista cohesión social. Además, dichos entornos deben proteger el bienestar físico y psíquico de su población, por lo que será primordial centrar la planificación y gestión urbana en la salud y equidad sanitaria, garantizando el acceso a una vivienda con garantía de servicios básicos como la electricidad, el saneamiento, la pavimentación de las calles, etc. Asimismo, dicha planificación debe velar por la planificación de la producción minorista de alimentos para controlar el acceso a alimentos pocos saludables y una ordenación adecuada del medio.

En materia de empleo, la CDSS resalta la importancia de promover políticas a nivel nacional e internacional que fomenten prácticas de empleo justas. En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su informe “World Employment Social Outlook”, publicado en mayo de 2016, advierte sobre la necesidad de incrementar en los países desarrollados, dada la

tendencia creciente en la precariedad laboral, la protección social para este tipo de empleo. Concretamente, especifica la necesidad de dar más cobertura social a las personas trabajadoras y lanzar medidas para prevenir y eliminar el fraude. Según los datos de este informe, y con relación a la precariedad laboral, en España este incremento se manifiesta en la reducción de trabajos a tiempo completo, con un descenso de una tasa del 8,7% en el año 2014 frente a una tasa de 15,8% en 2013.

## CLASE SOCIAL, GÉNERO Y ETNIA

Hasta ahora hemos visto que existen múltiples factores estructurales que influyen en la salud de las personas y determinan su estado de salud, pero existen otros, relacionados con la estructura social, que también tienen una gran influencia.

En primer lugar, cabe preguntarse: ¿qué se entiende por estructura social? Se trata de un concepto sociológico que hace referencia a la configuración de los grupos sociales, así como a las pautas de relación que se establecen dentro de cada grupo social y entre los grupos sociales que caracterizan cada sociedad. Así, tanto la clase social como el género, la etnia, la edad y el área geográfica constituyen las principales dimensiones de la estructura social y determinan las oportunidades de tener una buena o mala salud. Numerosos estudios han demostrado que las personas que gozan de un mejor estado de salud son las que tienen una posición socioeconómica elevada, en su mayoría

hombres blancos, procedentes de áreas geográficas con mayor renta.

A lo largo de la historia son muchos los autores que han descrito la relación entre la carencia de recursos y las enfermedades. En concreto, Peter Frank, médico alemán considerado el padre de la salud pública y una de las figuras más importantes en el desarrollo de la medicina social, expuso en 1790 que la mayoría de las enfermedades se debían a las acciones y hábitos de las personas y no a una expresión de la voluntad divina. En esta misma línea de pensamiento, también planteó que la manera de enfermar era diferente según las condiciones de vida de los distintos grupos sociales.

Ahora bien, ¿qué hay detrás de todo esto y cómo puede explicarse la relación entre la posición socioeconómica de las personas y su salud?, ¿existe realmente alguna relación?; y en caso de ser así: ¿qué tipo de mecanismos mediadores determinan esta relación?

Por ejemplo, si nos preguntáramos sobre el riesgo de morir por infarto de miocardio en una empresa, podríamos pensar que a mayor responsabilidad, más estrés, y concluiríamos, por tanto, que los altos ejecutivos tienen más riesgo de morir que el conserje de la empresa. Sin embargo, un estudio que se denominó Whitehall I (término derivado de la calle londinense donde se sitúan la mayoría de las oficinas del Gobierno), llevado a cabo en Londres a finales de los años setenta, mostró, a partir del seguimiento del estado de salud de funcionarios civiles británicos, que la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria era totalmente inversa a su ubicación en la escala de responsabilidad. Es decir, aquellos

que ocupaban el nivel más bajo tenían casi tres veces más riesgo de morir que los funcionarios que estaban situados en los niveles más altos. Este estudio, además, demostró que las diferencias en salud se producían entre todos los niveles de la jerarquía, de modo que, tal y como ya ha sido mencionado, las clases más desfavorecidas experimentaban mayor morbilidad y mortalidad que las clases medias, y estas, a su vez, más que las clases acomodadas, lo que se denominó “gradiente social en la salud”.

Ante este hecho nos podríamos preguntar a qué se debe esta relación. Aunque la respuesta es compleja, pueden señalarse *grosso modo* algunos argumentos que explican dicha cuestión, como, por ejemplo, una mayor frecuencia de conductas de riesgo para la salud —tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, alimentación inadecuada, etc.—, así como mayores niveles de ansiedad, estrés o depresión en personas que tienen una posición socioeconómica baja en la estructura social.

Con posterioridad al estudio Whitehall I, múltiples investigaciones han demostrado que las personas con niveles socioeconómicos más elevados tienden a tener mejor salud que los individuos con niveles socioeconómicos más bajos, como el estudio llevado a cabo en la Unión Europea en 2007 donde se pone de manifiesto que en los países europeos las tasas de mortalidad son más altas entre aquellos países que ocupan una posición socioeconómica menos favorable, llegando a vivir estos últimos entre dos y ocho años menos que los que pertenecen a los grupos socioeconómicos más altos.

Ahora bien, la relación entre la posición socioeconómica y la salud puede comprenderse partiendo de aspectos importantes como el hecho de que las personas que tienen un nivel socioeconómico más elevado, por lo general, suelen tener un nivel de estudios también más alto, lo que suele traducirse en más oportunidades para encontrar un buen trabajo y, en consecuencia, tener unos ingresos más elevados. A su vez, estos ingresos se traducen en mayores recursos económicos para el cuidado de la salud. Pero, además de los recursos materiales, también obtienen más recursos psicosociales para resolver problemas de la vida diaria y un mayor acceso a todos los servicios, ya sean preventivos o curativos. Asimismo, acceden en mayor medida al consumo de bienes y al conocimiento de cuáles son los estilos de vida saludables.

Otra de las explicaciones que muestran los estudios realizados es la desigual exposición a los factores de riesgo para la salud, ya que depende de la posición que se ocupe en la estructura social, de manera que las personas que ocupan posiciones socioeconómicas bajas están expuestas a más factores de riesgo y con mayor intensidad, lo que deriva en una peor salud. Estos factores pueden estar relacionados con el entorno físico en el que se vive, como sería el hacinamiento en la vivienda, las condiciones de salubridad deficientes, las temperaturas extremas, etc. Igualmente, también están más expuestas a infecciones por agentes biológicos como bacterias y virus, a la contaminación por agentes físicos y químicos del medio ambiente laboral y también tienen una mayor probabilidad de

llevar estilos de vida que perjudican la salud, como dietas inadecuadas, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y drogas, falta de ejercicio físico y de tiempo de ocio.

También es importante destacar que a lo largo de la vida los riesgos a los que una persona está expuesta se van acumulando desde antes de su nacimiento hasta que se manifiesta la enfermedad. De esto se desprende que, como resultado de una mayor exposición a factores de riesgo, las personas de los grupos socioeconómicos más bajos con mayor frecuencia sufren enfermedad y discapacidad.

De manera que la posición socioeconómica va a determinar una exposición y una vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo la salud. Asimismo las diferentes posiciones socioeconómicas van a traducirse en diferentes oportunidades de salud y en diferencias en el acceso a los recursos sociales y sanitarios. Por tanto, en conclusión, puede afirmarse que las personas que pertenecen a las clases sociales más bajas, viven en circunstancias menos favorables, tienen mayor morbilidad y mortalidad, más enfermedades crónicas, menos esperanza de vida, peor salud autopercebida y adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para su salud, como estilos de vida sedentarios, tabaquismo y sobrepeso.

En segundo lugar, con relación a cómo el género constituye un eje de desigualdad en la salud, hay que saber que el hecho de haber nacido hombre o mujer va a tener mucha influencia en los modos en que se enferma, en los estilos de vida, así como en la forma en que la

salud y la enfermedad es representada, y finalmente en el estado de salud. No obstante, hay que aclarar una serie de cuestiones.

En primer lugar, que las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres dan lugar a riesgos específicos y diferentes ante la enfermedad. Sin embargo, como refiere M<sup>a</sup> Ángeles Durán (1983) en su libro *Desigualdad social y enfermedad*, “estas características biológicas están mediadas por la estructura social que es la que define los derechos, obligaciones y estilos de vida que corresponden a cada grupo”. En este sentido son muchos los ejemplos que se podrían poner y que evidencian esta relación entre biología y estructura social. Uno de ellos se extrae del último informe Global Burden of Disease, publicado por *The Lancet*, donde se dice que las mujeres tienen mayor esperanza de vida, pero a pesar de vivir más años lo hacen con algún tipo de discapacidad (Wang *et al.*, 2017). Otro de los ejemplos —aunque esto está cambiando— es que el consumo de tabaco suele empezar antes en los hombres que en las mujeres y este hábito nocivo influye en el cáncer de pulmón, que es actualmente mucho más frecuente en los hombres. De manera que el hecho de fumar no depende de la biología, sino que se trata de un estilo de vida relacionado con el género. En segundo lugar, hay otros términos que suelen crear confusión, nos referimos al sexo y al género, pues se utilizan indistintamente. Si bien el término sexo hace referencia a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres, el género es una construcción social basada en las convenciones culturales, actitudes y relaciones. Por lo tanto, este último es un concepto dinámico que varía de



una sociedad a otra y a lo largo de la historia, de manera que tanto el sexo como el género se relacionan con la salud, pero mientras que el sexo determina diferencias relacionadas con la biología, las desigualdades de género lo que van a producir son desigualdades en salud, tal como veremos a continuación.

En tercer lugar, antes de avanzar es importante aclarar qué se entiende por desigualdades sociales entre los géneros. Este concepto hace referencia a las distintas oportunidades que tienen los individuos en función del género que se les atribuye, de forma que según el género que tenga, así serán las oportunidades de la persona, lo cual va a tener una influencia muy directa en la salud. Así, los roles tradicionales de género, es decir, aquellos comportamientos que se consideran apropiados para las personas en función del sexo que poseen, van a influir en la salud. Por ejemplo, en el caso de los hombres, se les educa para que sean fuertes o que asuman riesgos, lo cual va a dar lugar a una negación de la debilidad o de rechazo del dolor. En consecuencia estos roles masculinos favorecen hábitos de vida poco saludables como es el hecho de un mayor consumo de tabaco y alcohol o una menor realización de prácticas preventivas.

Las desigualdades de género operan generalmente en sentido negativo y en mayor medida en las mujeres. Por ejemplo, si analizamos la relación que existe entre el género, el mercado laboral y la salud encontramos *grosso modo* varios aspectos relevantes. En primer lugar, cabe destacar que con frecuencia las mujeres tienen un papel subsidiario, una posición subordinada en el

mercado laboral, lo que va a determinar que tengan menos ingresos, y esto a su vez va a condicionar otras circunstancias como la vivienda, el acceso a la salud, a la educación, a espacios de ocio, y en general, a esferas de la vida social y comunitaria. Un segundo aspecto que resulta también importante es la invisibilidad social del trabajo doméstico, realizado mayoritariamente por las mujeres. De hecho, muchas mujeres suelen combinar el trabajo doméstico con un trabajo remunerado, dedicando mayor número de horas al hogar y a la familia que los hombres, llevando a cabo, por tanto, lo que ha sido denominado como la "doble jornada laboral". Esta mayor carga de trabajo impide que puedan invertir el mismo tiempo que los hombres en actividades de ocio, incluida la actividad física. Todo esto también influye en que encuentren mayores obstáculos para promocionar en el ámbito laboral, de manera que supone para la mujer una lucha agotadora cuyo precio es, muchas veces, el deterioro de su propia salud.

En la actualidad, como consecuencia, entre otras, del ingreso en el mercado de trabajo ordinario, las mujeres están incorporando conductas de riesgo, como un mayor consumo de sustancias nocivas, alcohol o tabaco, aumento de los niveles de estrés laboral y ritmos de vida poco propicios a momentos de ocio y descanso.

Otro de los factores que tiene un evidente impacto en la salud física de las mujeres y que además también deja marcas en la salud mental y en su bienestar psicosocial es la violencia contra la mujer. Aunque sus consecuencias más dramáticas llegan al asesinato, los informes de las Naciones Unidas muestran que

también presentan tasas más elevadas de intentos de suicidio, mayor riesgo de caer en consumos nocivos para la salud y son más susceptibles de desarrollar cuadros depresivos.

Por último, en esta estrecha interrelación que existe entre el género y la salud, también es importante destacar que, en ocasiones, el escaso empoderamiento de las mujeres repercute en el control de las situaciones de salud-enfermedad. Por ejemplo, en determinados estratos sociales puede que tengan dificultades para decidir sobre métodos anticonceptivos. Además, su papel relegado al ámbito doméstico influye en las redes de apoyo social que puedan tener para afrontar los problemas de salud o de otra índole. Otros condicionantes subjetivos pueden ser la dependencia afectiva y económica, bajos niveles de autoestima en algunos casos, pasividad, aislamiento, entrega incondicional y demás modelos de socialización fruto del imaginario social relacionado con el mito del amor romántico.

Además de la posición socioeconómica y el género, ya abordados, el tercer determinante social que tiene un gran impacto sobre la salud de las personas es el hecho de pertenecer a una minoría étnica, como, por ejemplo, la afroamericana en Estados Unidos, la población gitana o la población inmigrante en España. Aunque la etnia a simple vista puede parecer que es una característica individual, sin embargo, en función del contexto histórico, social, económico y político de un país, adquiere una gran trascendencia, de manera que va a influir y determinar la salud de dicho grupo étnico.

Durante muchos años se han dado explicaciones genéticas a las diferencias que existen en la salud de las personas que pertenecen a minorías étnicas. Sin embargo, en la actualidad es bien conocido que el hecho de pertenecer a un grupo étnico u otro va a afectar a todas las esferas de la vida, incluida la salud. Así, va a determinar las oportunidades que se tienen. Por ejemplo, suele influir en cómo se distribuyen los ingresos en los países y en el mundo; en los puestos que se ocupan en el ámbito laboral; en el nivel de escolarización, en la posición socioeconómica que ocupan, en las condiciones de vida e incluso en los estilos de vida. En definitiva, la salud de una minoría étnica está estrechamente relacionada con el contexto socioeconómico y político.

La relación entre la salud y la etnicidad es compleja, ya que existe un entramado de relaciones entre variables sociales, económicas, políticas, ambientales, genéticas y culturales que condiciona la salud. Sin embargo, se pueden exponer algunos factores que sitúan a las minorías étnicas en una posición de vulnerabilidad.

Por ejemplo, las personas que pertenecen a un grupo étnico que es minoritario suelen tener una desventaja socioeconómica en comparación con la mayoría étnica. Esta desventaja se manifiesta en todas las esferas de la vida. Desde la precariedad laboral, la debilidad de las redes sociales, las condiciones de la vivienda, el miedo a ser denunciados, la desestructuración familiar, el acceso al sistema sanitario y, en general, el acceso a todos los recursos.

El trabajo constituye un factor de riesgo importante para la salud de la población inmigrante, pues suele realizar trabajos más peligrosos y degradantes que las

personas autóctonas. Por ejemplo, en un estudio que compara los accidentes laborales en trabajadores inmigrantes y autóctonos en España, se muestra que existe un mayor riesgo de accidentes de trabajo en la población extranjera, que procede de países con índice de desarrollo humano bajo, en comparación a la población española (Rubiales-Gutiérrez, *et al.*, 2010). A menudo son contratados en empleos precarios y con menores salarios, y además sufren con mayor frecuencia abusos más graves y explotación en el lugar de trabajo. Generalmente tienen una menor formación en seguridad y temen exigir mejores condiciones de trabajo. Tienen barreras culturales y/o lingüísticas que hacen que les resulte más difícil acceder a la formación, a la atención sanitaria y a indemnizaciones si se lesionan. De manera que se ha evidenciado que las condiciones laborales, los extensos horarios de trabajo y la falta de cobertura social influyen de manera importante en su salud.

Veamos otro ejemplo: si nos acercamos a las estadísticas de Estados Unidos, los afroamericanos-negros, los asiático-americanos, los hispanos-latinos, indios-americanos, nativos de Alaska y los blancos marginados son más propensos que el resto de la población a tener mayor incidencia y mortalidad para ciertos tipos de cáncer. La explicación se debe a la falta de cobertura de salud y al nivel socioeconómico bajo de esta población, pero también tiene relación con el proceso de atención sanitaria. Y todo esto, a su vez, está relacionado con los obstáculos derivados de la pobreza, la falta de personal médico de atención primaria, los factores geográficos, otras prioridades más importantes,

seguro de enfermedad inadecuado, falta de información y conocimiento, estilos de vida perjudiciales, escasa percepción de riesgo, creencias y actitudes culturales, así como factores relacionados con el sistema sanitario y los profesionales.

Es importante destacar que la desventaja socioeconómica también determina que las minorías étnicas se concentren en zonas residenciales donde existen menos recursos, ocupando viviendas en malas condiciones de habitabilidad y que comparten con múltiples personas, lo que propicia el hacinamiento y esto a su vez favorece la transmisión de enfermedades como, por ejemplo, la tuberculosis.

Un aspecto al que generalmente no suele darse mucha relevancia, y que sin embargo tiene gran importancia, es la discriminación y la exclusión que sufren las minorías, que afecta a todas las esferas y se ha demostrado que tiene consecuencias muy graves para la salud. Por ejemplo, la discriminación institucional mediante la implementación de leyes que impiden el acceso a los recursos como puede ser la sanidad. En definitiva, todo esto les sitúa en unas condiciones de gran vulnerabilidad frente a las enfermedades.

El concepto de "estilo de vida" es un constructo que ha sido empleado de manera genérica y que puede tener diferentes acepciones según la disciplina que lo estudie. De forma genérica, es utilizado como "modo de vivir", "de estar en el mundo", manifestándose en el ámbito del comportamiento, costumbres, hábitos, vivienda, posesión de bienes, urbanismo, etc.

En algunas áreas de las ciencias se emplea dicho concepto con un sentido más específico. En la epidemiología está en relación con los hábitos de vida o formas de vida que son el resultado de un conjunto de comportamientos o actitudes que las personas o grupos sociales desarrollan en relación con la salud, siendo a veces saludables y otras veces nocivos para la salud.

Generalmente, para conocer si se lleva a cabo un estilo de vida saludable o no, se valoran determinados hábitos que se relacionan con los siguientes aspectos:

- Consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y otras drogas).
- Actividad física.
- Horas de descanso nocturno.
- Nivel de estrés.
- Hábitos de higiene personal.
- Alimentación y nutrición.
- Actividades de ocio/aficiones.
- Relaciones interpersonales.
- Comportamiento sexual.

Así, un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud de la persona, pues va a comprender hábitos saludables como la práctica habitual de ejercicio físico, una alimentación adecuada y equilibrada, el disfrute de tiempo libre y de ocio, actividades de socialización, relaciones interpersonales saludables, etc. Por el contrario, si se lleva a cabo un estilo de vida poco saludable con hábitos para la salud nocivos como fumar o beber alcohol en exceso, pocas horas de sueño y descanso, el sedentarismo, etc., tendrá consecuencias negativas para la salud, siendo factores desencadenantes de enfermedades a corto y largo plazo.

No debe considerarse un factor complementario, ya que tiene un gran impacto en la salud. En este sentido, el nivel de salud de una persona depende de cuatro factores fundamentalmente: el primero es la herencia genética o biológica que, según estiman algunos autores, tiene un peso específico sobre el estado de salud del 27% aproximadamente; el segundo es el medio ambiente o entorno en el que la persona vive, que se estima que



influye aproximadamente un 19%; el tercer factor es el sistema sanitario, que aporta el 11% y, por último, se encuentra el estilo de vida de la persona, que representa un 43%. Por tanto, es el estilo de vida el factor más determinante del estado de salud de una persona. De modo que a partir de los años ochenta adquiere mucha importancia el análisis de los factores que influyen en el estilo de vida, bien sea para su mantenimiento o su cambio.

¿Elegimos las personas nuestro estilo de vida? Esta es una de las principales preguntas que se plantean y las diferentes respuestas se pueden clasificar en dos líneas conceptuales.

La primera postula que los estilos de vida se basan en la libre elección de conductas de las personas que conforman los hábitos en diversos aspectos. Por ejemplo, el sedentarismo sería consecuencia de la elección voluntaria y libre de no realizar ninguna práctica deportiva. Así, sería responsabilidad de la persona llevar a cabo o no unos hábitos saludables. Sin embargo, esta línea de pensamiento no ha estado exenta de críticas, pues algunos autores y autoras, como el epidemiólogo Gordon (1999), señalan que este postulado finalmente culpabiliza a la persona de manera injusta, ya que no tiene en cuenta los determinantes sociales que inciden en el desarrollo de estilos de vida saludables. En este sentido, expertos en el ámbito de las desigualdades sociales en salud, como Benach y Muntaner (2005), afirman que en la actualidad alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no pueden elegir libremente comportamientos relacionados con la salud, como son

llevar una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo no nocivo para la salud, de modo que plantean que la salud no la elige quien quiere, sino quien puede, haciendo énfasis en los determinantes sociales de los estilos de vida. Esta línea de análisis es muy diferente al planteamiento que se hace desde el enfoque biomédico, el cual tiende a responsabilizar al individuo de la libre elección de su estilo de vida.

En contraposición, la segunda línea de análisis postula que el estilo de vida está determinado por la interrelación entre las condiciones de vida y unos patrones de conducta que, a su vez, dependen de características socioeducativas y personales del individuo. Por tanto, el "modo en que se vive" depende a su vez de diversos factores tanto personales, bien sean psíquicos (conocimientos, actitudes, comportamientos, habilidades, autoestima o emociones) o biológicos, como socioeducativos. En este sentido, se afirma que en los estilos de vida influyen factores externos al individuo que pueden ser diversos, y que generalmente se refieren al medio físico y social de la persona. Desde este enfoque, el sedentarismo dependerá de varios factores como puede ser la socialización que ha tenido la persona respecto a este hábito, las barreras o facilitadores que existan en su entorno para poder practicar un deporte, etc. Esta última línea de pensamiento es la que enmarca la definición de la OMS (1986) del estilo de vida: "Una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socio-culturales y características personales".

Por tanto, según cómo se expliquen los factores que determinan los estilos de vida se diseñarán las intervenciones dirigidas a modificar patrones de comportamiento y a promover hábitos saludables. Son muchos los modelos explicativos que han sido elaborados, aunque pueden resumirse en las siguientes cinco teorías que se exponen a continuación, clasificadas en cuatro grandes enfoques.

## LA IMPORTANCIA DEL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN EN LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Las diferentes teorías que se engloban bajo este enfoque parten de la base de que para entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta diferentes factores psicosociales que determinan el comportamiento. Tal es el caso de la socialización. Dichas teorías centran la importancia que tiene la socialización del estilo de vida, pues es el proceso mediante el cual las personas adquieren los patrones de conductas y los hábitos que conforman el estilo de vida en relación a la salud. Dentro de esta categoría se señala dos de las teorías más influyentes en la actualidad:

- *Teoría ecológica del desarrollo.* Desarrollada principalmente por el psicólogo estadounidense Bronfenbrenner, en 1987, centra sus análisis en la influencia que el ambiente que rodea al individuo ejerce en la

formación y el desarrollo de la persona. Al aplicarla al estudio de los estilos de vida, explica el aprendizaje de los mismos a través del proceso de socialización relativo al tipo de ambiente del individuo. A este respecto, hay que tener en cuenta que existen diferentes ambientes que estarán determinados por las diversas condiciones estructurales que se dan en cada uno. *Grosso modo*, estos ambientes estarían formados por distintas estructuras, que ejercen una influencia determinada en el individuo. Así, estaría un primer nivel micro, que es el entorno más cercano al individuo, formado por la familia, los iguales, la escuela, los vecinos y vecinas que influyen en primera instancia en la socialización de los estilos de vida. El segundo nivel, el mesosistema, abarca las interrelaciones que se establecen entre dos o más entornos del individuo a través de él, como pudieran ser las relaciones que se establecen entre la familia y los iguales. El tercer nivel, el exosistema, lo conforma el entorno más amplio del individuo, como las instituciones sociales. Y el último nivel, el macrosistema, hace referencia a la cultura y al contexto histórico, político, legal, moral y social en la que el individuo nace y se desarrolla.

Por tanto, para esta teoría la adquisición de un determinado estilo de vida en una persona depende de lo que haya aprendido en su ambiente. Por ejemplo, la dieta de una persona dependerá de lo que sus padres solieran cocinar en casa, de lo que a sus amigos les guste más comer, de la comida tradicional de la región, de lo que sea más popular en la televisión...

• *Teoría del aprendizaje social*. En su aplicación al estilo de vida, destacan los modelos desarrollados por el psicólogo estadounidense Rotter (1966) y el psicólogo canadiense Bandura (1977). Ambos teóricos postulan la influencia que tienen en el aprendizaje humano los factores y estímulos del entorno. Este postulado aplicado al campo de estudio de los estilos de vida explica cómo los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. En este sentido, el comportamiento de los padres, del grupo de iguales, así como del profesorado, influye en el aprendizaje del estilo de vida. Por ejemplo, en el hábito de la alimentación, si unos padres tienen unos buenos hábitos el niño o la niña adquirirá dichos hábitos. Asimismo, para esta teoría, la motivación y el comportamiento están regulados por un razonamiento que dirige la acción, de modo que un cambio de comportamiento se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente (*locus* de control). El *locus* de control hace referencia a la creencia que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud, concretamente puede considerar que depende de tres factores: del comportamiento propio, de otras personas influyentes o de la suerte, de modo que estas creencias influirán en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable; así, con respecto a la prevención de enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, alguien podría pensar: "Tengo que esforzarme para ponerme en forma", "Mi médico ya me ha recetado unas pastillas para

bajar el colesterol” o “¿Para qué me voy a esforzar si le puede pasar a cualquiera?”.

## LA IMPORTANCIA DE LAS EXPECTATIVAS EN LOS ESTILOS DE VIDA

Diferentes teorías surgen bajo la concepción del estilo de vida saludable predominante en los años ochenta, que dejó de entenderse únicamente como una variable comportamental para aceptar componentes más subjetivos, como las actitudes y las autopercepciones. Las teorías más relevantes en este campo de estudio de los estilos de vidas son el *modelo de creencias sobre salud* de Becker y Maiman (1975), el *modelo de la motivación protectora* de Rogers (1983) y la *teoría de la conducta planificada* de Ajzen (1991). En líneas generales dichas teorías vienen a postular que cuando un individuo elige una línea de acción diferente se basa en dos tipos de cogniciones. Por un lado, en la probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados; tal sería el caso de alguien que piensa que si dejase de tomar patatas y refrescos azucarados bajaría de peso. Y, por otro lado, la valoración de los resultados que realice de la acción, que, siguiendo el ejemplo anterior, consistiría en cuantificar los gramos que ha perdido tras dejar de comer patatas y tomar refrescos. De modo que las personas escogerán, entre varios cursos de acción alternativos, aquel con el que tengan más probabilidades de obtener resultados positivos o de evitar los negativos.

## LA IMPORTANCIA DE LA AUTORREGULACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN LOS ESTILOS DE VIDA

Las teorías más representativas son la teoría de la autoeficacia de Bandura (1986), el modelo del proceso de adopción de precauciones de Weinstein (1988) y el proceso de acción a favor de la salud de Schwarzer (1992). El postulado común de estas teorías es el hecho de que el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud se basa en la motivación intrínseca o la necesidad subyacente en el individuo de competencia y autodeterminación. Dichas competencias nacen de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida a través del propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio, en la que intervienen mecanismos tales como la persuasión, la comparación social o el modelado. Por ejemplo, con relación a la teoría de la autoeficacia de Bandura distintos estudios han demostrado que las percepciones de autoeficacia que mantienen las personas sobre sí mismas juegan un papel significativo en mantener conductas a favor del ejercicio. Aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia.

## LA IMPORTANCIA DEL BALANCE EN LA TOMA DE DECISIONES

Los modelos más representativos son el *modelo transteórico* (Prochaska y DiClemente, 1983) y el *modelo de conflicto de toma de decisiones* (Janis y Mann, 1977). Estos modelos explican que las personas hacen un balance de los pros y los contras de una acción con relación a la salud, y finalmente deciden emprender la acción o no con base en los beneficios que estiman obtener. Por tanto, una decisión es una elección entre diferentes alternativas.



## LOS SISTEMAS SANITARIOS

Aunque de entrada cualquier persona sabe qué es un sistema de salud, todos los autores e instituciones coinciden en la complejidad que supone actualmente dar una única definición. Con la intención de tener claro de qué estamos hablando, podemos quedarnos con la definición de la OMS: un sistema de salud es una estructura social formada por un conjunto de medios de todo tipo, organizaciones, instituciones, recursos y el conjunto de personas y acciones cuya finalidad primordial es mantener y mejorar la salud de la población. Para ello, los sistemas de salud cuentan con una ordenación y unas reglas de juego determinadas, como normativas, leyes, decretos, órdenes, reglamentos, acuerdos, conciertos, contratos, etc.

En general, la gente también sabe para qué le sirve el sistema sanitario y entiende que su finalidad primordial es mejorar y proteger la salud de la población, pero para la OMS este objetivo no debe ser el único, sino que todos los países deben tener la responsabilidad de cumplir dos propósitos fundamentales: ser capaces de responder a las necesidades de las personas y protegerles económicamente contra los costes de la mala salud, es decir, proteger a las personas contra las pérdidas económicas que puede suponer la enfermedad.

Teniendo en cuenta esto, la OMS establece que para que los sistemas de salud consigan sus objetivos, deben tener y cumplir cuatro funciones esenciales:

1. Prestar los servicios necesarios.
2. Dotar estos servicios de los recursos humanos y materiales imprescindibles.
3. Obtener los recursos indispensables para pagar la atención sanitaria.
4. Establecer las reglas del juego por las que se va a regir el sistema sanitario y hacerlas cumplir.

De ahí la importancia de la manera en que cada país concibe, gestiona y financia su sistema de salud, ya que de todo ello van a depender los servicios y cuidados que prestan, y en definitiva su contribución a un mejor nivel de salud de la población. Así, cada país organiza un modelo determinado de sistema sanitario.

A pesar de que la concepción actual de los sistemas de salud como estructuras complejas es nueva, estos han existido, de una forma u otra, desde que las personas

intentaron proteger la salud y tratar la enfermedad. En todos los países los sistemas de salud están en continuo proceso de cambio y han ido variando a lo largo de la historia de acuerdo con las transformaciones políticas, económicas y sociales.

Una muestra de ello es, por ejemplo, que hasta mediados del siglo XX la organización de la asistencia sanitaria estaba marcada por la clase social y, por lo tanto, estaba dividida en estamentos. En concreto en tres niveles: la llamada medicina para ricos, en la que los pacientes eran atendidos en sus casas y palacios; la medicina para clases medias, que recibían en sus casas, y la medicina para pobres, atendidos en los hospitales de la beneficencia religiosa o municipal y por los curanderos.

Desde entonces, poco a poco, la organización de la atención sanitaria ha ido cambiando, y se fueron desarrollando diferentes modelos de sistemas sanitarios, pero tienen un punto en común: en sus orígenes el derecho a la asistencia sanitaria estaba estrechamente relacionado con el trabajo, es decir, se limitaba a los trabajadores y a sus familias. Posteriormente, vinculada a la filosofía del Estado de bienestar, surge el derecho a recibir atención sanitaria cuando las personas están enfermas, con independencia de cuáles sean sus recursos económicos. A partir de entonces aparece como un derecho humano inquebrantable. De manera que es en el siglo XX cuando se crean los sistemas de salud con una organización y estructura, tal como los conocemos actualmente.

De hecho los países denominados desarrollados han podido establecer la universalización de la atención

sanitaria pública, garantizando el acceso igualitario para todas las personas con las mismas necesidades y sin tener en cuenta la capacidad económica de cada individuo. De manera que la universalización de la atención sanitaria como un derecho de todos los ciudadanos también es una conquista del siglo XX.

Este derecho está íntimamente ligado al derecho universal a la salud reflejado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que marcó un hito en la historia al ser la primera vez que se establecían los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero.

El derecho a la protección de la salud es una preocupación constante de la OMS, como queda reflejado en los diferentes informes y reuniones establecidas con este fin. Una de ellas resultó ser un acontecimiento mundial muy relevante: la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata celebrada en Kazajistán en el año 1978. Su importancia se debe a que estableció que los gobiernos tienen la obligación de ofrecer servicios de salud, que además fueran accesibles a toda la población. Y la estrategia en la que se pensó para conseguir este objetivo fue la atención primaria de salud. Posteriormente, en el año 2005 y de acuerdo con esta idea de accesibilidad, en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud se insta a los Estados miembros de la OMS a que asuman el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal.

Sin embargo, todavía hay muchas partes del mundo donde no se ha conseguido este logro y supone un gran reto a nivel mundial. De hecho, actualmente sigue siendo un

objetivo que se ha marcado la ONU en la Agenda de Desarrollo post 2015.

## LA COBERTURA DE SALUD UNIVERSAL Y EL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Como hemos podido ver, la cobertura universal, el acceso a los servicios de salud, así como la equidad en salud, han sido temas de preocupación constante a lo largo de la historia, pero que, en las últimas décadas, están siendo debatidos con mayor frecuencia y son puestos sobre la mesa de las agendas políticas en muchos países. Ahora bien, aunque están íntimamente relacionados, con frecuencia estos tres aspectos suelen confundirse, siendo necesario clarificarlos para poder comprender las diferentes repercusiones que tienen sobre la salud.

La *cobertura universal* hace referencia a la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (que incluyen medicamentos) y financiación. Implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. Una de las características es la universalidad, es decir, la cobertura debe ser para todos. La cobertura universal de salud se alcanza cuando las personas realmente obtienen los servicios que necesitan y se benefician de la protección ante el riesgo financiero.

Para garantizar la cobertura sanitaria universal, la OMS refiere que son necesarios cuatro pilares básicos:

1. Un sistema sólido que realice actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento de las patologías y rehabilitación de las personas en su proceso de enfermedad.
2. Financiación de los servicios de salud para que sean asequibles a la población, de forma que cuando los tengan que utilizar no conlleve un empobrecimiento de las familias.
3. Dotación tecnológica y farmacológica para el tratamiento de las enfermedades.
4. Profesionales sanitarios formados y capacitados para atender las necesidades de la población.

Como hemos dicho, muchos países están lejos de alcanzar la cobertura universal de salud; ahora bien, pueden tomar algunas medidas para conseguirlo, como por ejemplo mejorar el acceso, ya que pueden ir avanzando progresivamente hacia el acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios, que es la base de la cobertura universal.

El *acceso universal* se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, social, cultural, de organización o de género. Para ello tienen que cumplirse tres características: que los servicios sean físicamente accesibles, económicamente asequibles y aceptables para los pacientes. Así, el acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen

servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

¿Qué se entiende por un *acceso equitativo* a los servicios de atención? Significa que todas las personas puedan tener acceso a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades e independientemente de su capacidad económica.

El fundamento de un sistema de salud equitativo está basado en dos pilares: la cobertura universal y el acceso universal. En esencia, la cobertura de salud universal es la obtención de servicios de salud de buena calidad sin temor a dificultades financieras. No puede alcanzarse a menos que los sistemas de protección de los servicios de salud y los riesgos financieros sean accesibles, asequibles y aceptables. Sin embargo, el acceso universal, aunque necesario, no es suficiente. La cobertura se basa en el acceso que garantiza la recepción efectiva de los servicios. Así, la cobertura universal de salud y el acceso universal a los servicios de salud son ideas complementarias. Sin un acceso universal, la cobertura universal de salud se convierte en un objetivo inalcanzable.

## LA SITUACIÓN EN EL MUNDO

Veamos pequeñas pinceladas de lo alejados que estamos de conseguir sistemas de salud equitativos en todo el mundo. Como reiteradamente se ha expuesto, los grupos sociales más vulnerables y marginados de la sociedad suelen tener menos probabilidades de acceder a los

servicios de salud y a los tratamientos necesarios. En todos los países existen personas que cuando enferman tienen que pagar de su propio bolsillo los tratamientos o la atención que reciben de los servicios de salud, lo que supone una carga tremenda para las economías familiares. Según datos de la OMS, cada año unos 100 millones de personas viven por debajo del umbral de pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios que tienen que soportar. Esta situación hace que las personas que no tienen cobertura sanitaria se enfrenten a un dilema: usar los servicios de salud empobreciéndose al tener que pagarlos o no usarlos, seguir con la enfermedad y correr el riesgo de no poder trabajar por incapacidad.

La OMS, en el Informe sobre la salud en el mundo del año 2013, aborda la cobertura universal en 63 países, en su mayoría de bajos ingresos y en los que muchas personas necesitan protección contra los riesgos económicos. Y expone un dato muy relevante: más del 40% del gasto total en salud correspondía a pagos directos de los usuarios. En el extremo opuesto, en 62 países, esos pagos representaban menos del 20% del gasto sanitario. También muestra que la cobertura sanitaria universal está reduciendo las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios públicos; sin embargo, esta universalización de la atención sanitaria no garantiza la equidad en el acceso a los servicios de salud. Como un ejemplo vale más que mil palabras, veamos lo que ocurre con las personas que tienen la enfermedad de Chagas: ya ha pasado un siglo desde su descubrimiento, pero todavía la mayoría de los infectados sigue sin acceso al diagnóstico y al tratamiento.



La mayoría de nosotros podría pensar “ya, pero eso solo ocurre en países pobres, aquí en los países denominados desarrollados y en concreto en España no existen barreras de acceso a los diagnósticos, a los tratamientos, a las actividades preventivas y a un sinfín de estrategias preventivas y curativas”. Aunque no deja de resultar egocéntrico, este pensamiento generalizado se debe a que el sistema sanitario español se ha esforzado por conseguir la mayor calidad de los servicios e igualdad de acceso, además en la Constitución de 1978 se reconoce el derecho a la protección a la salud y a servicios de salud que estén financiados públicamente. El sistema sanitario español es un sistema que tiene como principal característica el logro de la igualdad de acceso, donde se defiende la garantía de una atención sanitaria que es independiente de los recursos económicos que tienen las personas o del lugar donde residan, su edad, género etc. La preocupación por la equidad que persigue el sistema sanitario español viene de lejos y se ve reflejada en los principales textos legales. En concreto, en la Ley General de Sanidad de 1986 se fijan los principios básicos del Servicio Nacional de Salud, estableciéndose el carácter público, la universalidad y la gratuidad de las prestaciones, y también la corrección de las desigualdades sanitarias. Asimismo, en la Ley de Cohesión y Calidad aprobada en 2003 aparece como objetivo “la equidad y la reducción de las desigualdades en salud”.

Este entramado de leyes nos podría hacer pensar que en el contexto español existe igualdad de acceso de todas las personas a los servicios de salud; sin embargo, en la práctica son muchos los factores que determinan

que esa calidad e igualdad de acceso universal no sean iguales para todas las personas. Veamos la evidencia que hay al respecto.

Los estudios que existen en la literatura sobre la equidad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios en España muestran de manera reiterada que las personas que tienen mejor posición socioeconómica tienen mayor probabilidad de utilizar los servicios de un médico especialista, mientras que las personas menos favorecidas socialmente suelen utilizar con mayor probabilidad los servicios de atención primaria. Entre los argumentos que posiblemente expliquen esto está el hecho de que las personas más privilegiadas pueden estar más capacitadas para reconocer sus necesidades de salud, identificar qué servicios de salud están a su disposición y así poder solicitar a su médico de familia la derivación a servicios especializados. También puede deberse a que busquen respuestas más apropiadas a sus síntomas.

También se han estudiado los tiempos de espera para acceder a las consultas y servicios hospitalarios. Así, Enrique Regidor *et al.* (2006) constata que los individuos con menos ingresos económicos esperan más tiempo para ser hospitalizados mediante ingreso ordinario (no urgente). Esto se debe a que “probablemente las personas con mayor nivel socioeconómico tienen mejor conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y mayor facilidad para resolver los problemas burocráticos ligados a la accesibilidad, lo que les permite evitar en muchos casos los criterios jerárquicos establecidos en las listas de espera”.

Esto mismo ocurre con la prevención de enfermedades, tan necesaria para evitar el avance de las mismas, como por ejemplo identificar los factores de riesgo o realizarse pruebas, como la de cáncer. La evidencia muestra que las prácticas preventivas son inferiores en las personas de clases menos privilegiadas. También ocurre con las gestantes de clases menos favorecidas, que llevan a cabo un peor cuidado y control del embarazo.

En definitiva, existen gran cantidad de evidencias de que las personas con peores condiciones socioeconómicas no solamente tienen más enfermedades, sino que además tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad, de manera que las oportunidades y recursos que tienen las personas socialmente menos favorecidas para acceder a los servicios de salud son menores, lo que se traduce en una peor salud.

Esto ya lo dijo de una forma rotunda el médico Julian Hart en 1971, cuando en referencia al sistema británico de salud escribió, nada menos que en la revista médica *Lancet*, que la disponibilidad de la buena atención médica suele variar de forma inversa a la necesidad de la población atendida. Esto se conoce como la ley de cuidados inversos de Tudor-Hart, en cuanto a la prestación de servicios, que identificó que los grupos de población con las mayores necesidades de salud, los más desfavorecidos y vulnerables de la sociedad, tienden a recibir la mínima atención sanitaria, mientras que los que tienen menos necesidades, los más acomodados y privilegiados, reciben la máxima.

## BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El acceso equitativo despierta mucho interés y no solo ha sido abordado desde las políticas sanitarias, sino también por múltiples investigadores de diferentes disciplinas.

Existen muchos enfoques sobre el acceso a los servicios de salud que dependen del aspecto o aspectos de la accesibilidad en que se concentre su atención. Algunos se centran en la relación que tiene con las características de la población, otros en aspectos sociales o económicos, otros en la oferta de servicios y otros mezclan diferentes perspectivas.

Uno de los primeros, más conocidos y utilizados es el de Donabedian (1973), para quien el acceso va más allá de la disponibilidad de servicios, y destaca los aspectos sociales, geográficos y organizacionales.

El modelo de Tanahashi (1978), denominado "modelo de cobertura efectiva", plantea que en el proceso de acceso existe una interacción entre los aspectos específicos de la provisión de servicios y los de la población, de manera que depende tanto de las características del sistema de salud como de los recursos y capacidades de la población que se reconozcan necesidades y se busque atención. Este modelo considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener la cobertura efectiva:

1. *Disponibilidad* de servicios del programa o centros de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información.

2. *Accesibilidad* que puede ser física, como distancia, conectividad y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención y con la modalidad para establecer horarios de atención; y financiera, relacionada con el coste del transporte, el gasto de bolsillo y la pérdida de ganancia en el trabajo.
3. *Acceptabilidad de los servicios*, que depende de la percepción de las prestaciones, influida por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros.
4. *Contacto con el servicio*, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención.

Otro autor, Andersen (1995, 2008), elabora un modelo en el que plantea que para analizar el acceso a los servicios de salud se debe hacer desde la perspectiva de los objetivos de política sanitaria, las características del sistema de salud, así como los resultados obtenidos. En este modelo llamado conductual se tienen en cuenta aquellos factores que predisponen a que una persona vaya al sistema sanitario para ser atendida.

Veamos sucintamente algunos de los factores que determinan que unas personas lleguen hasta el sistema sanitario, reciban atención adecuada y de calidad y además resuelvan sus problemas de salud. Aunque las barreras de acceso están determinadas por factores que

operan a múltiples niveles, nos centraremos en tres niveles diferentes:

- *Factores estructurales*, es decir, el contexto social, económico, cultural y político que va a determinar el tipo de políticas que se implementen, el tipo de cobertura en salud, la legislación, la configuración de los servicios, etc. Estos factores son los que tienen mayor impacto sobre la salud de la población de un país (se han abordado en profundidad en el capítulo 3).
- *Relacionadas con los servicios de salud*. Entre este tipo de barreras podemos destacar, por ejemplo, las características del sistema sanitario en cuanto a la existencia de los recursos e infraestructuras necesarias para la prestación de un servicio sanitario: la existencia de un hospital, la disponibilidad de profesionales médicos, la dotación de esa infraestructura, etc. Es, en esencia, la existencia del propio servicio sanitario, al que una persona luego podrá acceder o no en función de otros factores. En cuanto a la accesibilidad del sistema sanitario, es común distinguir las dimensiones burocrática, geográfica y económica:
  - La *dimensión burocrática* refiere la posibilidad de acceder al sistema sanitario en tanto que se es titular del derecho a ello. Esta barrera de acceso existe cuando a una persona no se le reconoce el derecho a cualquier tipo de asistencia médica; derecho que es acreditado con

la expedición de su tarjeta sanitaria. Asimismo, dentro de esta accesibilidad burocrática también pueden existir barreras de índole administrativa como, por ejemplo, los horarios de atención sanitaria. Si estos fuesen incompatibles con los horarios laborales o cualquier otra actividad que la persona en cuestión lleve a cabo, se producirán obviamente barreras en el acceso al sistema sanitario. Otros tipos de barreras que influyen en el acceso serían el trabajo excesivo de los profesionales, la falta de motivación, consultas cortas, capacidad débil del sistema para llevar a cabo actividades educativas adaptadas a la población a la que va dirigida.

- La *dimensión geográfica* incide en las limitaciones en el acceso que pueda suponer el no disponer de medios de transporte que permitan salvar la distancia física entre una persona y el centro de atención médica, siendo estos medios compatibles con las posibilidades económicas y limitaciones de horario de las personas.
- La *dimensión económica* remarca las dificultades que puedan derivarse de sufragar los costes directos de un servicio médico, así como aquellos otros costes indirectos derivados tanto de lo que es necesario gastar para recibir la atención médica (en transporte, por ejemplo) como lo que se deja de ganar al hacerlo (si se ha de renunciar a un trabajo o se pierden horas de remuneración).

- *Relacionadas con aspectos culturales.* Por ejemplo, los hábitos, costumbres y demás rasgos culturales de un grupo poblacional concreto que busca asistencia sanitaria pueden entrar en conflicto con la cultura de los profesionales sanitarios y la propia organización administrativa de los servicios de salud. La relación profesional sanitario-paciente puede suponer un obstáculo para su atención; por ejemplo, la dificultad para entender los tecnicismos que usan los profesionales sanitarios, la falta de comprensión de las pautas médicas pueden implicar una barrera para iniciar un tratamiento o para completarlo. Existe un consenso general sobre la importancia que tiene la buena relación entre el paciente y el profesional sanitario para el seguimiento y control de enfermedades, así como para la realización de actividades preventivas. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable.
- *Factores que predisponen* para acceder a los servicios de salud. Entre estos estarían las características sociodemográficas de las personas, los conocimientos que tengan sobre la salud, la enfermedad, las actividades preventivas y sobre el sistema sanitario, el estigma social, las habilidades de comunicación. En este grupo estaría también el grado de apoyo social que tienen las personas.
- *La gravedad percibida* para buscar asistencia médica también es un factor importante que determina el acceso. Varía enormemente de unas personas a otras; así si una persona considera que lo que



padece tiene mayor gravedad tenderá en mayor medida a buscar asistencia médica profesional. Esa percepción de gravedad es una construcción que realiza el sujeto, influenciada por la imagen de la enfermedad en su medio social y especialmente condicionada por las características de la enfermedad y el conocimiento que tenga esa persona de esas características.

Además de todo esto existen personas que son más o menos proclives al uso de los servicios de salud. Aunque esto está también relacionado con el resto de aspectos mencionados.

La importancia de estos factores se hace evidente cuando se piensa en algún caso concreto. Veamos el caso de las personas que migran por motivos económicos y de las minorías étnicas.

La población inmigrante es una población vulnerable desde el punto de vista sanitario, que se deriva principalmente de su situación socioeconómica en España y de las dificultades de acceso al sistema sanitario, dificultades que no solo están relacionadas con el hecho de no tener tarjeta sanitaria, sino también con la incompatibilidad con los horarios de trabajo, las desigualdades de género, el idioma y la distinta percepción de la salud/enfermedad.

Otro tipo de barreras sería que la normativa legal existente, la compleja organización de la asistencia sanitaria y las distintas prestaciones disponibles según su situación administrativa pueden generar desigualdades en la accesibilidad y utilización de los servicios

sanitarios. Así, aunque los inmigrantes regularizados acceden legalmente en igualdad de condiciones que la población española, en la práctica encuentran múltiples dificultades. Cabe destacar las relacionadas con su condición de inmigrante por desconocimiento del sistema sanitario en general, de los trámites necesarios para el acceso y de los servicios a los que tienen derecho. También existen dificultades de comunicación por problemas de idioma y/o diferencias en las pautas culturales. Tampoco hay que olvidar las generalmente delicadas condiciones de empleo de estas personas, que les impiden en muchos casos acceder a la sanidad en las mismas condiciones y horarios que el resto de la población, dada la precariedad de su empleo y el quebranto económico que les supone la pérdida de horas de trabajo. En el caso de la población inmigrante sin permiso de residencia, las barreras de acceso al sistema sanitario se incrementan.

La falta de conocimiento sobre el sistema de salud del país de acogida, el nivel de salud previo o las creencias/conocimientos son algunos de los determinantes sociales identificados que condicionan el acceso y utilización de los servicios médicos. Además, el tipo de sistema de salud o de protección del país de acogida es otra barrera identificada, donde el coste de los servicios, la cobertura de los seguros médicos, las actitudes y habilidades de comunicación del personal de salud y las propias barreras del propio inmigrante, como el nivel educativo, el idioma o la religión, limitan el acceso.

En un estudio realizado desde el Centro Nacional de Medicina Tropical del Instituto de Salud Carlos III

para identificar las barreras de acceso al diagnóstico de la enfermedad de Chagas, en un grupo de mujeres procedentes de Latinoamérica, se muestra que las principales barreras fueron:

- No querer conocer el diagnóstico, ya que el tratamiento tiene muchos efectos secundarios y además las mujeres consideran que la enfermedad no tiene cura. De ahí la actitud pasiva o de dejadez ante la prueba, porque entienden que no tiene sentido sufrir por algo que no pueden controlar.
- Ausencia de síntomas. Las mujeres piensan que, como es una enfermedad que en ocasiones no presenta síntomas y en estos casos no tiene impacto en las actividades de la vida diaria, para qué van a hacerse la prueba.
- Conocimiento inadecuado y falta de información. Por ejemplo, piensan que el diagnóstico se hace con un análisis de sangre rutinario o con un electrocardiograma o creen que si no tienen sintomatología la prueba será negativa.
- Escaso conocimiento por parte del personal sanitario. Las mujeres consideran por la experiencia que han tenido con los profesionales de atención primaria que estos desconocen lo que es la enfermedad de Chagas, así como la forma de diagnosticarla.
- Estigma y discriminación. Miedo a ser estigmatizados y discriminados por tener la enfermedad, sobre todo que pueda generar algún tipo de discriminación laboral.

## ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SALUD: MÁS ALLÁ DEL SISTEMA SANITARIO

Como vimos en el primer capítulo la salud no es solo algo biológico, sino que a través de ella las personas realizan sus funciones vitales (dormir, ver, comer, oír, moverse...) y sociales (trabajar, ir al cine o al gimnasio, conversar, relacionarse con los demás, etc.). De manera que si la salud está relacionada con todas las facetas de nuestra vida y además no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad, entonces ¿por qué la responsabilidad de la salud se achaca exclusivamente al sistema sanitario?, ¿dónde están los determinantes sociales de la salud? y ¿cómo se explica esta forma de ver la salud?

La manera como vemos la salud y la enfermedad está relacionada con la forma con la que cada sociedad enseña a sus habitantes a mirarla, tal como se vio en el primer capítulo. De ahí que en nuestra sociedad, la mayoría de las personas piensen que los servicios sanitarios, la atención sanitaria, la salud sea cosa de los profesionales sanitarios (medicina, enfermería, auxiliares, celadores, etc.) y, en concreto, como refiere Juan Gérvas, en su ensayo "Normalidad y salud sin médicos" (2017), "el médico es el profesional y el experto en el que la sociedad delega el poder de definir lo que es normal y con ello le permite definir lo que es salud y enfermedad, pues lo que sea normal equivale a salud y lo demás a enfermedad". Las reflexiones y críticas que este autor hace sobre el poder médico de definir lo que es salud,

enfermedad y normalidad ponen de manifiesto que en la actualidad sigue predominando esta manera de ver la salud, tan ligada al mundo sanitario y, en concreto, a lo médico. Esto se evidencia en múltiples aspectos como, por ejemplo, el hecho frecuente y cotidiano con el que todos estamos muy familiarizados, y es que casi todos tomamos la decisión de ir al médico cuando aparecen síntomas generalmente biológicos que nos preocupan y que alteran nuestra vida cotidiana (dormir, trabajar, comer, hacer deporte, etc.). Con ello pretendemos que sea el personal médico el que defina si los síntomas que tenemos son normales o patológicos, y que le ponga una etiqueta a lo que nos ocurre. Es entonces cuando pensamos en la salud y la enfermedad, pero siempre desde lo clínico y buscando causas biológicas. En muy pocas ocasiones, tanto los profesionales sanitarios como las personas que acuden a los servicios de salud se paran a pensar: ¿qué papel juega el trabajo en esta dolencia? o ¿cómo está influyendo la casa en la que vivo o la renta de la que dispongo en mi estado de salud?; e incluso si se plantean estas preguntas se sigue buscando la resolución del problema en lo biológico y casi siempre desligado de las causas sociales, de lo que se denomina “las causas de las causas”, tal como vimos en el capítulo 3. Lo clínico tiene un contexto social y lo social determina enfermedades. Un ejemplo claro de esta interrelación es la ley de dependencia en nuestro país. Los aspectos sociales suelen desligarse totalmente del sistema sanitario; de hecho, para Vicenç Navarro (2004) en la actualidad la articulación de lo médico y lo social todavía no se ha resuelto en España.

Ahora bien, si la evidencia, como hemos visto a lo largo de este libro, es tan aplastante y las investigaciones muestran que los colectivos socialmente menos favorecidos tienen peor salud y que esto es el resultado de su menor poder político, económico y social, sus peores condiciones de vida y sus menores oportunidades y recursos relacionados con la salud; si además también se ha demostrado que los países que tienen menos desigualdades también tienen mejores niveles de salud, entonces ¿qué se puede hacer?

Para poder comprender y abordar la salud se requiere ir más allá de los enfoques reduccionistas y convencionales, establecer otra mirada más holística. Por tanto es necesario mirar comprendiendo la complejidad de los factores interrelacionados con la salud y pasar de centrar la responsabilidad de la salud al ámbito sanitario, para pasarla a otro ámbito, el de los determinantes sociales de la salud. En esta manera de mirar la salud resulta prioritario ser conscientes de que no es suficiente con invertir en el sistema sanitario para conseguir un alto nivel de salud, sino que hay que invertir en todos aquellos factores que la están determinando, es decir, en los determinantes sociales de la salud.

Invertir en estos determinantes sociales pasa por definir e implementar una política nacional de salud que no pierda de vista su objetivo fundamental, que no es otro que crear las condiciones que aseguren una buena salud para toda la población. Para conseguir esto es necesario que todos los sectores se impliquen en ese objetivo, pero la responsabilidad de crear estas condiciones es en primer lugar del Gobierno en el ámbito nacional, regional y local.

Ahora bien, como refiere Vicenç Navarro en su artículo “What is a national health policy?” (2007), cuando se habla de política *de salud* se suele interpretar como equivalente a la política *de atención médica*, pero esta última es una sola variable dentro de la ecuación de la salud nacional. Por eso este autor plantea que son tres los componentes principales de una política nacional de salud:

1. Intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales encaminadas a establecer, mantener y consolidar los determinantes estructurales de la buena salud de la población de un país. Por ejemplo, políticas que tengan como objetivo crear empleo, trabajos bien pagados y satisfactorios; o políticas sociales como acceso a la educación, a la atención médica, a la vivienda y a servicios sociales entre otros. Todas estas intervenciones repercuten en la salud de las personas.
2. Intervenciones dirigidas a lograr cambios de comportamiento y estilos de vida de las personas. Estos serían los determinantes de la forma de vida, que han sido los más visibles en las políticas sanitarias nacionales. Son intervenciones más visibles, fáciles de manejar y en las que se realizan los mayores esfuerzos. Sin embargo, son mucho menos eficaces que las primeras. Este tipo de actuaciones sería, por ejemplo, la reducción en el consumo de tabaco, alcohol, drogas y juego o intervenciones para fomentar buenos hábitos alimenticios, higiénicos, etc.
3. Intervenciones de socialización y de empoderamiento del individuo y de la población. Estas

intervenciones ayudan a los individuos a unir su lucha personal con la mejora de la salud colectiva. Un buen ejemplo de esto serían las movilizaciones ciudadanas para conseguir o mantener los derechos humanos, la lucha colectiva contra la explotación con el fin de que una sociedad tenga un futuro mejor, etc.

No debemos olvidar que las políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales en salud son parte de una política sanitaria nacional. En este sentido, es necesario que, además de las políticas a nivel nacional y local, se implanten también políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, dirigidas a la atención sanitaria, como, por ejemplo, atención de calidad y adecuada a las necesidades, asignar los recursos existentes en función de las necesidades de las personas o mejorar la accesibilidad económica reduciendo el copago.

Para conseguir una buena salud de toda la población es muy importante cambiar la visión reduccionista que se tiene de la salud y pasar a comprender que las políticas económicas, sociales y culturales son las más eficaces. Por tanto, es necesario que exista un gran compromiso político que tenga como prioridad que la salud sea un eje transversal a todas las políticas que se establezcan en los países.



A las personas no solo les preocupan las enfermedades, sino también aquellos procesos o problemas que, sin considerarse enfermedades, pueden ser entendidos como condiciones médicas e influyen en su vida cotidiana. Se conocen como *no enfermedades*. Así, cuando el *British Medical Journal* (2002), una de las revistas científicas internacionales más prestigiosas del mundo en el ámbito de la medicina, preguntó a sus lectores y lectoras cuáles consideraban que eran las *no enfermedades* más frecuentes, aparecieron numerosos aspectos de la vida ajenos al campo de actuación médica que estaban siendo percibidos como cuestiones médicas: el envejecimiento, el trabajo, el aburrimiento, las bolsas en los ojos, la ignorancia, la calvicie, las pecas, las ojeras, las canas, la fealdad, el parto, las alergias, *el jet lag*, la infelicidad, la celulitis, la resaca por alcohol, la ansiedad por

el tamaño del pene, el embarazo, la furia al volante o la soledad. Además, salió a la luz una de las grandes preocupaciones de la comunidad científica en la actualidad: la medicalización de la vida y, por ende, la mercantilización de la enfermedad.

Nuestra sociedad moderna es cada vez menos tolerante al malestar y a la frustración, y es cada vez más frecuente que las soluciones a este sufrimiento, propio de las dificultades de la vida, se busquen en el ámbito médico. Desde hace unas décadas viene aumentando en los países desarrollados —donde ya está garantizada la cobertura asistencial y se han alcanzado unos niveles óptimos de salud poblacional— la tendencia de intervenir desde el ámbito sanitario en situaciones, procesos y vivencias que hasta ese momento pertenecían a la realidad subjetiva, íntima y social de las personas. Por ejemplo, el duelo por la pérdida de un ser querido, considerado siempre como algo natural, intrínseco a la vida, un estado que todas las personas tarde o temprano vivirán, adquiere hoy en día la etiqueta médica de duelo patológico si se prolonga mucho en el tiempo. Así, muchas situaciones que se alejan de lo que la sociedad en su contexto cultural define como “normalidad” han pasado a los confines de lo patológico, otorgándosele el estatus de enfermedad. Este proceso se conoce como *patologización* y suele ser más evidente en el terreno de los trastornos de la conducta humana dentro del terreno de la psiquiatría. No obstante, afecta a todo el ámbito de la medicina. Un clásico ejemplo que suele ponerse para clarificar dicho proceso es la homosexualidad, pues hasta el siglo XX se consideraba una perturbación sociopática de

la personalidad, en la medida en que las prácticas sexuales entre el mismo sexo se alejaban de lo que se entendía por normalidad (la heterosexualidad). En 1973 dicha enfermedad se excluye del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, y deja de considerarse un trastorno severo que, una vez diagnosticado, solía prescribirse tratamiento terapéutico, que incluía en ocasiones fármacos.

Cada vez son más las esferas de la vida que no son ajenas a este proceso, abarcando desde aspectos que pueden estar más ligados a la salud, como es el ciclo reproductivo de la mujer —o el hecho de que hoy en día se esté empezando a etiquetar de síndrome premenstrual y, por tanto, tratar el cuadro de cambios hormonales que tiene el cuerpo ante la menstruación—, hasta problemas sociales como puede ser el desempleo. Así, el cansancio, la frustración, la calvicie, la fealdad y un sinfín de aspectos más de la vida están siendo patologizados y, por ende, considerados como enfermedades. Ni siquiera las etapas de la vida se escapan, como es el caso de la menopausia con la terapia hormonal sustitutiva cuya efectividad ha quedado en entredicho hoy en día.

Considerar como enfermedades situaciones personales, profesionales, sociales que generan sufrimiento, sin que lo sean; medicalizar la condición humana; poner una etiqueta diagnóstica a sentimientos, patologizar comportamientos no deseables resulta cuanto menos dañino para la sociedad. Así, en ocasiones se patologiza lo sano en interés de construir enfermedades nuevas a veces con el único propósito de poder tratarlas con fármacos posteriormente. De ahí la denominada “paradoja

de la salud” que se produce en los países desarrollados, que hace referencia a la constatación de que cuanto mayor es el nivel objetivo de salud en la sociedad y mayores son los recursos empleados, mayores son los problemas de salud declarados, así como la proporción de personas que se sienten enfermas. Pero no cabe duda de que debe cuestionarse el hecho de tratar terapéuticamente con fármacos a determinadas personas que no requieren de tales medicamentos por los efectos secundarios que pudiera conllevar su ingesta. En ese sentido, se estarían asumiendo mayores riesgos a cambio de obtener unos supuestos beneficios para la salud que están siendo sobrevalorados.

Actualmente son muchas las voces críticas que alertan sobre las consecuencias de este proceso de medicalización de la vida, siendo en la actualidad un motivo de preocupación. De ahí que sea necesario reflexionar sobre el efecto que dicho proceso conlleva para las personas y por ende para la sociedad, para lo cual será necesario conocer cómo y por qué surge en ella.

## ¿QUÉ SE ENTIENDE POR MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA?

La *medicalización de la vida* no es una idea reciente, pues ha ido desarrollándose como una corriente de pensamiento a partir de los textos críticos de algunos intelectuales que son de obligada referencia, ya que sus ensayos constituyen hoy en día una reliquia clásica. Ya a finales de los sesenta y durante los setenta se

sucedan una serie de publicaciones: *El nacimiento de la clínica* de Michael Foucault (1966) o *La medicina bajo el capitalismo* de Vicenç Navarro (1978), que si bien, en la mayoría de sus textos no abordan directamente el proceso de medicalización, sí analizan y reflexionan sobre la medicina como institución social, sentando así las bases para el posterior desarrollo de esta corriente teórica. Por ejemplo, Foucault en sus diferentes ensayos sobre la medicina, analiza críticamente el poder médico.

En cuanto a la definición del término *medicalización*, son muchas las aproximaciones teóricas que pueden encontrarse en la literatura científica. Lingüísticamente es un neologismo tomado del vocablo inglés *medicalization*, y en español deriva de "medicalizar", definido escuetamente por la Real Academia Española como "dar carácter médico a algo". La primera vez que aparece conceptualizado el término con claridad fue de la mano del autor Meador (1965), definiéndose como "aquel problema humano que es definido por alguna instancia como condición médica, pero para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado como tal". Con esta conceptualización, se alude por primera vez al concepto de *no enfermedades* y al tratamiento clínico que recibe. No obstante, a pesar de esta gran aportación, la definición que actualmente es más aceptada en la comunidad científica es la propuesta por el médico Kishore (1975): "La forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y

para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces”.

La medicalización de la vida no es un hecho dado e instantáneo que sucede en un momento concreto, sino el resultado de un proceso continuo, paulatino y constante que ha ido adquiriendo forma y extendiéndose durante un periodo de tiempo prolongado. Este proceso en expansión puede adquirir diversas formas; entre las más frecuentes y visibles se hallan:

- Ciertas etapas de la vida que de ser naturales pasan a ser controladas por la medicina, como es el caso de la menopausia.
- Percibir problemas naturales, sociales y personales como problemas médicos. Un ejemplo que ilustra estos casos es la calvicie.
- Sobredimensionar la frecuencia de los síntomas. Tal es el caso de las disfunciones sexuales.
- Sobredimensionar la gravedad de los síntomas, como ocurre en ocasiones en el caso del síndrome premenstrual.
- Convertir el riesgo en enfermedad. Un ejemplo podría ser el caso de la osteoporosis.

## ¿CUÁLES SON LOS FACTORES EXPLICATIVOS DEL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN?

La progresiva medicalización de la vida que se produce en las sociedades modernas occidentales se ha convertido en un problema complejo. Un fenómeno en el que

intervienen factores de diversa índole. A continuación se clasifican los factores más influyentes, señalando algunos de sus aspectos más relevantes.

## FACTORES SOCIALES

Un primer aspecto explicativo de este proceso nos remite al primer capítulo del libro, donde se exponía la naturaleza del concepto de salud y enfermedad como construcción social. Recordemos que la definición de enfermedad, y en última instancia su existencia, es relativa y depende del contexto cultural e histórico, de modo que estará asociada a ideas, valores y un significado específico según cada sociedad. Por ello, hay síntomas y enfermedades que se diagnostican en ciertos contextos socioculturales mientras que en otros ni siquiera existen. Por ejemplo, en España las mujeres relatan que un síntoma de la menopausia que padecen es el comúnmente llamado "sofoco"; sin embargo, este mismo síntoma en la cultura finlandesa no es percibido por las mujeres y por tanto no es diagnosticado.

Al ser la enfermedad un concepto que depende del contexto sociocultural, está siendo continuamente redefinida dando cabida a nuevas definiciones, nuevas enfermedades, nuevos diagnósticos y nuevos tratamientos farmacológicos. Ahora bien, en las sociedades modernas, esta relatividad viene dada por la tecnología en la medida en que el progreso y desarrollo de la sociedad han ido de la mano del avance tecnológico. Por tanto, la definición de enfermedad cada vez va más unida al desarrollo tecnológico de la sociedad. Lo que ha

dado lugar, por un lado, a un aumento en la sensibilidad y una disminución del umbral con el que se tratan las enfermedades, y además se ha producido un aumento del número de casos en general.

El hecho de que las enfermedades estén siendo redefinidas basándose en la tecnología plantea el dilema y la necesidad de establecer unos criterios clínicos objetivos que sirvan de base para definir qué es y qué no es enfermedad, pues el desarrollo tecnológico sanitario no es neutro ni aséptico.

Un segundo aspecto social que ha favorecido el desarrollo y la expansión del proceso de medicalización en las sociedades modernas es el alto valor que se le otorga a la salud, pasando a ser un derecho que el sistema social debe garantizar. Este derecho a la protección de la salud termina convirtiéndose en un objeto de consumo como consecuencia de la búsqueda incesante por una salud perfecta, consecuencia de un aumento del miedo a sufrir la enfermedad y a la muerte. La salud se convierte en una obsesión, produciéndose una dependencia de la población a la medicina y convirtiendo a esa población en enfermos potenciales donde los tratamientos preventivos con medicamentos están en alza. Así el riesgo de padecer una enfermedad ha pasado de ser una probabilidad a ser considerada una enfermedad. De ahí todos los "tratamientos pre-" que hoy están surgiendo: prediabetes, prehipertensión, preosteoporosis, etc. Por tanto, se está produciendo una mercantilización de la prevención. Así que la frase de Iván Illich, "En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha



convertido en un factor patógeno predominante”, es de plena actualidad hoy en día.

Por otro lado, la propia definición de la salud dada por la OMS tampoco ayuda mucho, pues al equiparar la salud con un estado de completo bienestar físico, social como emocional, casi identificándola al mismo estado de la felicidad, no es muy difícil que una persona pueda sentirse enferma.

## MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Para las personas son la segunda fuente de información en cuanto al ámbito sanitario, después de los profesionales de la salud. No en vano, se denominan como “cuarto poder” por la influencia que tienen en la sociedad y la opinión pública, modulando las creencias y las expectativas. La información sanitaria en sus distintas dimensiones ocupa un espacio considerable en la agenda de los medios de comunicación. Abarca noticias que van desde los avances en la tecnología sanitaria, las últimas mejoras en los tratamientos terapéuticos en enfermedades incurables —como es el caso de determinados tipos de cánceres—, determinadas epidemias —recuérdese la aparición del primer caso de infección secundaria por Ébola en España en octubre de 2014— hasta programas de educación sanitaria, como es el caso de *Saber Vivir*, la publicidad y *marketing* de productos saludables, muy frecuente en el campo de la alimentación, o la recomendación de fármacos donde detrás de ello generalmente se esconde el interés de una empresa para promocionar el producto. Dado que el concepto de

noticia en los medios de comunicación va asociado al de novedad, en muchos casos las noticias sobre nuevos ensayos y tratamientos generan expectativas irreales que contribuyen a la medicalización.

## INSTITUCIONES POLÍTICAS-SANITARIAS

Un primer aspecto que explica en parte esta relación, como se vio en el capítulo anterior, es el hecho de que el sistema sanitario español esté regido bajo el principio de universalidad, permitiendo un acceso libre y gratuito de la asistencia sanitaria a toda la población. Dicho principio indiscutible y necesario favorece la igualdad entre las personas, pero tiene como contrapartida que en ocasiones puede facilitar la expansión de la medicalización en la sociedad.

Otro factor que influye es el papel dominante que tiene la red de especialización hospitalaria, frente a la red de atención primaria, en los servicios de salud en España. Debido a que la red asistencial de atención primaria tiene como objetivo la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la población, y en la medida en que el sistema sanitario se enfoca más en la atención hospitalaria, fomenta una asistencia basada más en el tratamiento terapéutico y clínico de la enfermedad que en la prevención y cuidado de la salud.

Por otro lado, también es mejorable la falta de mecanismos de los organismos reguladores y controladores en el sector sanitario con los intereses de la industria farmacéutica. Y por último cabe también

mencionar el poder que podrían tener los gestores y políticos sanitarios en el control de dicho proceso en la medida en que gestionan las decisiones de cuáles son las carteras de servicios sanitarios con la consiguiente importancia que conlleva en este proceso de medicalización.

## INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Constituye la pieza más importante, aunque no la única, que desencadena este proceso de medicalización de la vida. La industria farmacéutica, como cualquier otra empresa, busca su máximo beneficio, que en su caso consiste en aumentar al máximo el mercado de medicamentos, con la consiguiente expansión inherente del proceso de medicalización. Por ejemplo, en ocasiones presentan fármacos como una innovación cuando realmente lo único que suponen es una pequeña modificación de moléculas que no implica una mejora real en la eficacia del fármaco en el tratamiento de la enfermedad. En este sentido, también se produce el hecho de que, en ocasiones, la industria farmacéutica, en su afán de dar cabida en el mercado a fármacos ya existentes, actúa como productora en la creación de enfermedades nuevas, como es el caso de la calvicie, en detrimento de elaborar fármacos nuevos más eficaces para las enfermedades ya existentes. Para ello llevan a cabo distintas estrategias, como el hecho de tomar un síntoma común y magnificarlo hasta hacer parecer que es un síntoma de una enfermedad con envergadura suficiente como para tener que ser tratada.

## LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Son actores principales de este proceso de medicalización y juegan un doble rol: por un lado, son víctimas de este proceso en su práctica clínica diaria y, por otro, desempeñan un papel crucial en su mantenimiento ya que son los que prescriben el tipo de pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos.

Entre los aspectos que incide en este proceso de medicalización cabe destacar la pérdida, en ocasiones, de una visión holística sobre la enfermedad, debida al modelo biomédico hegemónico. A su vez, la tendencia en las últimas décadas a una excesiva especialización del saber en todos los campos, y en concreto del saber médico, conlleva una parcelación del cuerpo humano en especialidades y, por consiguiente, en la atención que se presta. Esto genera una pérdida de visión general en la atención sanitaria, y falta de coordinación entre las distintas especialidades, originando en ocasiones, la duplicidad de recursos, pruebas diagnósticas, etc. Otro factor que favorece la prescripción de pruebas y fármacos se debe a la incertidumbre con la que se suele intervenir en atención primaria, por tratar a los pacientes en las primeras fases de la enfermedad cuando la sintomatología no está tan clara.

## BIBLIOGRAFÍA

- BENACH, J. y MUNTANER, C. (2005): *Aprender a mirar la salud*. El viejo topo, Barcelona.
- COMELLES, J. M. y MARTÍNEZ, M. (1993): *Enfermedad, cultura y sociedad*, Eudema, Madrid.
- COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA (2012): "Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España", *GacSanit*, 26(2), pp. 182-189.
- DAHLGREN, G. y WHITEHEAD, M. (1991): *Policies and strategies to promote social equity in health*, World Health Organisation, Copenhagen.
- DONATTI, P. (1994): *Manual de Sociología de la salud*, Díaz de Santos, Madrid.
- DURÁN, M. Á. (1983): *Desigualdad Social y Enfermedad*, Tecnos, Madrid.
- FOUCAULT, M. (1966): *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada clínica*, Siglo XXI, México.
- GARCÍA, J. L. (1985): "Enfermedad y cultura", *JANO*, 643, pp. 13-24.
- GEOFFREY, R. (1992): *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford University Press, Nueva York.
- HART, J. T. (1971): "The inverse care law", *Lancet*, 1, pp. 405-412.
- ILLICH, I. (1975): *Némesis médica: la expropiación de la salud*, Barral, Barcelona.
- JOHAN, J. P. et al. (2007): "Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union", Health and Consumer Protection Directorate-General. European Communities, European Communities, Luxemburgo.
- KISHORE, C. (1975): *A dictionary of Public Health*. Century Publications, Nueva Delhi.
- KRIEGER, N. (2001): "A glossary for social epidemiology", *J. Epidemiol Community Health*, 55(10), pp. 693-700.
- NAVARRO, V. (1978): *La medicina bajo el capitalismo*, Crítica, Barcelona.
- (2007): "What is a national health policy?", *Int J Health Serv.*, 37(1), pp. 1-14.
- NAVARRO, V. y MUNTANER, C. (eds.) (2004): *Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being*, Baywood, Amityville, Estados Unidos.

- MEADOR, C. (1965): "The art and science of nondisease", *The New England Journal Medicine*, 272, pp. 92-95.
- MENÉNDEZ, E. (1992): "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de auto atención en salud", *Arxiu D'Etnografia de Catalunya*, 3, pp. 85-119.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2016): *World Employment Social Outlook*, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978): Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Of Reg la OMS para Eur, Ginebra.
- (1986): "Life-Styles and Health", *Social Science & Medicine*, 22, pp. 117-124.
- (2000): "The World Health Report: health systems: improving performance", Ginebra.
- (2007): "Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health", Ginebra.
- (2008): "Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud", Ginebra.
- (2010): "Informe sobre la salud en el mundo", Ginebra.
- SMITH, R. (2002): "In search of 'non-disease'", *British Medical Journal*, 324(7342), pp. 883-885.
- PHELAN, J. C.; LINK, B. G. y TEHRANIFAR, P. (2010): "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications", *J Health-SocBehav*, 51, Suppl, S28-40.
- PIÉDROLA, G. *et al.* (2001): *Medicina Preventiva y Salud Pública*, Elsevier España, Barcelona.
- REGIDOR, E. *et al.* (2008): "Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care", *BMC Health Serv Res.*, 14(8), p. 183.
- RUBIALES-GUTIÉRREZ, E. *et al.* (2010): "Diferencias en los accidentes laborales en España según país de procedencia del trabajador", *Salud pública Méx* [online], vol. 52, n° 3, pp. 199-206.
- TANAHASHI, T. (1979): "Health service coverage and its evaluation", *Bull World Health Organ*, 56 (2), pp. 295-303.
- TERRIS, M. (1980): *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*, Siglo XXI editores, S. A., México.
- WANG, H. *et al.* (2017): "Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, vol. 390, n° 10.100, pp. 1.084-1.150.
- WHITEHEAD, M. (1992): "The concepts and principles of equity and health", *Int J Health Serv.*, 22, pp. 429-445.

### INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Es el principal Organismo Público de Investigación de nuestro país en el ámbito de ciencias de la salud.

Sus principales funciones son el fomento y desarrollo de una investigación de excelencia y altamente competitiva, tanto a través de su papel como agencia de financiación de la investigación como por medio de la investigación que realizan sus propios centros, y la prestación de servicios de referencia de soporte al Sistema Nacional de Salud y al conjunto de la sociedad.

Con una trayectoria de treinta años de investigación en ciencias de la salud y prestación de servicios de referencia, es además el organismo gestor de la Acción Estratégica en Salud en el marco del Plan Estatal de I+D+i.







