

LOS DETERMINANTES SOCIALES, LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y LAS POLÍTICAS, COMO TEMAS DE INVESTIGACIÓN

Social determinants, health inequalities, and policies as subjects of research

Hilda Santos Padrón¹

RESUMEN

Introducción Desde hace siglos, se reconoció el vínculo entre los determinantes sociales y la situación de salud de las personas, aunque en las últimas tres décadas ha renacido el interés en estudiar esa relación. Aumentaron las publicaciones científicas cuyos contenidos se relacionaban con las desigualdades sociales en salud y su vigencia lo convierte en tema obligado para el campo de la Salud Pública.

Objetivo Revisar la información relevante sobre el tema de los determinantes y las desigualdades sociales en las políticas de salud.

Fuente de datos Revisión documental y bibliográfica *on-line* y en formato electrónico sobre el tema. Se utilizaron los descriptores determinantes sociales, desigualdad e inequidad en salud, para la búsqueda en los sitios y páginas web de instituciones y centros bien reconocidos.

Síntesis de los datos Breve recuento histórico acerca de las relaciones entre el estado de salud de las personas y sus condiciones sociales, así como, valoraciones y comentarios críticos sobre los enfoques utilizados por investigadores prestigiosos. Se resumieron

ABSTRACT

Introduction The linking between the social determinants and the health status of the people has been recognized for a very long time, although the last three decades has witnessed the rebirth of interest for this association. The number of scientific publications rose, the contents of which showed the social inequalities in health, hence their validity turns them into a mandatory topic in the field of public health.

Objective To review the relevant information on the social determinants and inequalities in health policies.

Data sources Literature and document review on-line and in electronic format about this topic. The subject headings such as social determinants, and health inequality and inequity were used for search in websites and pages from well-known centers and institutions.

Data synthesis Brief historical account on the relationship between the health status of the people and their social conditions; assessments and critical comments on prestigious researchers' approaches. Those methods for the study of health inequalities were

¹ Médica Cirujana. Doctora en Ciencias de la Salud.

los métodos utilizados para estudiar las desigualdades en salud y se ejemplificó, con la situación de estas investigaciones en México.

Conclusiones Se necesitan procesos de investigación sobre los determinantes sociales, más abarcadores y sustentados en buenas evidencias. También, reconocer la utilidad de estas investigaciones para tomar decisiones, orientadas a solucionar los problemas de salud con enfoques aproximativos a sus determinantes y no exclusivamente desde la atención médica.

Palabra clave: Desigualdades en salud, determinación social, políticas públicas, investigaciones en salud, México.

INTRODUCCIÓN

Han transcurrido casi dos siglos de la identificación de las relaciones entre la estructura social y la situación de salud de las personas, familias, grupos y comunidades. El tema ha sido de interés de los investigadores en el campo de la salud, quienes han intentado responder preguntas que estimulen una indagación amplia en ese sentido. Por ejemplo: ¿Qué factores sociales contribuyen a la situación de salud?, ¿ciertamente son más elevadas las tasas de morbilidad y mortalidad entre las personas pobres?, ¿cómo influyen las condiciones socioeconómicas y el entorno ambiental en la salud individual y colectiva?, ¿por qué las diferencias en la situación de salud y la expectativa de vida en personas pertenecientes a un mismo grupo social? Aunque el vínculo factores sociales-situación de salud, se estableció hace tiempo, es durante las últimas tres décadas que ha renacido el interés por responder esas preguntas, al considerarse la salud como una condición necesaria para que las comunidades progresen y compitan, en un mundo mucho más dinámico e interrelacionado.

Esas investigaciones han demostrado casi sin objeciones, que los principales factores determinantes de la salud, no se relacionan directamente con los sistemas sanitarios, si no con el ingreso económico, la educación, los derechos humanos y el acceso a servicios básicos, la situación ambiental, entre otros. Cada día surgen amenazas derivadas de esos y nuevos factores, por tanto, es válido el interés por continuar con esos estudios para contribuir al diseño y ejecución de políticas públicas favorecedoras del desarrollo social integral, para elevar el nivel de salud y el bienestar de las poblaciones. Por lo anterior, este trabajo tiene el propósito de ofrecer información relevante sobre el tema de los determinantes y las desigualdades sociales en las políticas de salud.

FUENTE DE DATOS

Revisión documental y bibliográfica *on-line* y en formato electrónico sobre el tema. La búsqueda de

summarized and exemplified with the situation of these research works in Mexico.

Conclusions More comprehensive and good evidence-supported processes of research on the social determinants are required. Also, it is necessary to recognize the importance of these research works to make decisions to overcome health problems using approaches that guide us to their determinants, but not only from the medical care viewpoint.

Key words: Health inequalities, social determinant, public policies, health research, Mexico.

Los descriptores determinantes sociales, desigualdad e inequidad en salud, se realizó en sitios y páginas web de instituciones y centros bien reconocidos. Acerca de la etnia o raza como factor condicionante de la desigualdad social en salud, se priorizó la revisión de las investigaciones realizadas en el ámbito latinoamericano.

SÍNTESIS DE LOS DATOS

Evolución histórica en las investigaciones sobre algunos determinantes de la salud

La identificación, análisis, medición y finalmente, la explicación acerca de las relaciones entre el estado de salud de las personas y sus condiciones sociales, no son acciones novedosas en la investigación sanitaria, aunque se revitalicen en el último cuarto del siglo xx. Los primeros intentos por asociar las condiciones de salud de las personas, con factores externos a la biología humana, surgieron a fines del siglo xv, al identificarse las enfermedades vinculadas con el empleo.

En principio, estas investigaciones se referían a las enfermedades propias de los mineros y de quienes trabajan con los metales. En ese sentido, se destacan las descripciones de *Ulrico Ellenbog* en 1473, sobre los efectos nocivos del trabajo con metales de los orfebres en Ausburgo y de *Georg Agrícola*, en 1556, acerca de los numerosos accidentes traumáticos y problemas respiratorios, que padecían los mineros de aquella época. Años después, en 1713, el amplio tratado de *Bernardino Ramazzini* sobre los daños a la salud que afectaban a quienes se dedicaban a las actividades artesanales y manufactureras, no solo significó el inicio de la tradición científica en medicina del trabajo, sino que estableció, por primera vez, la importancia del medio social como causa de las enfermedades, al reclamar que las condiciones de vida y trabajo deberían tomarse en cuenta para su estudio.¹

Con el advenimiento de la revolución industrial, ese enfoque investigativo fue reproducido por numerosos

médicos durante el siglo XVIII y XIX, al preocuparse por las precarias condiciones de salud de los trabajadores y sus familias e intentar soluciones para estos males. Entre ellos, deben mencionarse los trabajos de figuras precursoras de la salud pública, como *Louis René Villermé* en Francia (1782-1863), *Edwin Chadwick* en Inglaterra (1800-1890) y *Rudolf Virchow* en la Alemania (1821-1902).

Villermé examinó el estado de salud de los residentes en distintos barrios de París y después de una cuidadosa revisión de los datos, concluyó que existía relación entre el nivel de riqueza del barrio y la salud de sus residentes. Detectó que quienes vivían en los barrios más pobres, tenían mayores tasas de mortalidad y sus hijos, al momento de incorporarse al servicio militar, eran más bajos de estatura, con mayor frecuencia de discapacidad y más predisuestos a sufrir enfermedades.

En el informe *Chadwick* de 1842, elaborado a pedido del gobierno británico de entonces, se consignaron las diferencias en las tasas de mortalidad y edades de la población según su estrato social, y se atribuyeron a las condiciones de insalubridad prevaleciente; para reducirlas, se sugirió una política de saneamiento para agua, alcantarillado y disposición de residuos. Sin dudas, esto podría considerarse como una de las primeras políticas públicas en salud.

El aporte de *Virchow* consistió en identificar ciertos factores físico-ambientales, como responsables de una epidemia de tifus en la Silesia Alta y también haber reconocido la necesidad de mejorar las condiciones sociales de los pueblos afectados, para controlarla y prevenir su recurrencia.

Aunque estos resultados fueron contundentes, a comienzos del siglo XX disminuyó el interés por relacionar los determinantes sociales y la situación de salud, al predominar las teorías individualistas de enfoque biológico, unicausal y unidireccional como determinantes biológicos de la enfermedad. Paradójicamente, uno de sus impulsores iniciales fue el epidemiólogo norteamericano *H. Winslow*, quien en 1916 con su obra *The New Public Health*, detracta de las investigaciones de la vieja salud pública –término para referirse a las investigaciones del siglo XIX– enfocadas al medio ambiente que rodeaba a las personas, en tanto promovía que la nueva salud pública, debía orientarse más hacia dimensiones individuales de la salud y la enfermedad, dado el hecho de que las enfermedades son sucesos que afectan a las personas, no a las poblaciones.²

Esta perspectiva reorientó las bases de las políticas públicas de salud y, especialmente, la modificación del objeto de la investigación sanitaria, que añadido a los avances de la microbiología, contribuyó al abandono temporal de las investigaciones orientadas a identificar la relación causa-efecto entre sociedad y enfermedad.

Hasta la década de los 80 del siglo XX, existió un “silencio investigativo” sobre ese enfoque social de la salud, roto en el continente europeo, con el reconocido informe *Black* y en la región de Las Américas, desde los núcleos de

pensamiento médico social en México, Ecuador y Brasil. El grupo de trabajo sobre desigualdad en salud, presidido por *Sir Douglas Black*, revitalizó el análisis de las variables sociales de la salud dentro de la investigación sanitaria y, reconoció la estructura social y económica, como el principal factor determinante de la salud y el bienestar de la población de Inglaterra y Gales.

Transcurridos casi 30 años de esas investigaciones, aún la población más pobre o marginada, enferma con más frecuencia que la de mejor posición económica, muere prematuramente, padece enfermedades crónicas y discapacidad a edades más tempranas, posee una percepción más deteriorada de su salud y tiene menos acceso a los servicios de salud los cuales –generalmente– son de baja calidad y no responden a sus necesidades. Aunque se reconocen esas certezas de los efectos de la condición social sobre la salud, aún se debate en la actualidad, lo que muchos consideran una relación inasible entre las condiciones sociales y el estado de salud individual.

Varios investigadores sociales, entre estos el economista hindú y Premio Nobel de Economía, *Amartya Sen*, desde hace algunos años reconocen, que la relación entre determinados resultados sociales y la salud, no puede explicarse lineal o directamente. El propio *Sen* ha expresado que, dentro de la literatura especializada, abundan los estudios que muestran conclusiones engañosas a este respecto. Mediante pruebas estadísticas que relacionan la esperanza de vida y el ingreso nacional, nos dice, se llega a afirmar que “el progreso económico es la verdadera clave para aumentar la salud y la longevidad”, lo que parece contradecir el hecho de que, grupos de población en las naciones más ricas, como son los afroamericanos en los Estados Unidos, tienen menos posibilidades de llegar a una edad avanzada “que las personas nacidas en economías, inmensamente más pobres, de China o del estado indio de Kerala.”³

Esta aparente contradicción, según *Sen*, no significa que los niveles de ingreso familiar no influyan positivamente en el estado de salud de las personas, pero sí demuestra que existen otros factores sociales como la educación, la conducta de las personas, el manejo del gasto público en salud y otros que, conjuntamente, explican las diferencias en la salud y longevidad de las personas. Así, cuando estos factores son iguales entre los grupos de población, la salud y el progreso económico se refuerzan mutuamente, pero cuando existen diferencias, se pueden obtener ganancias en salud, aún en países muy pobres, con una serie de medidas que refuercen dichos determinantes, como son las políticas de carácter preventivo o el impulso a la educación básica.

Con esta apretada síntesis evolutiva, se reconocieron los aportes precursores y más actuales de la relación determinación social –salud y políticas públicas. Seguidamente se describirán algunos argumentos que sustentan esa relación y que también origina debate.

Explicaciones o argumentos para establecer la relación, entre el estado de salud de las personas y las desigualdades sociales. El factor condicionante etnia/raza

Del informe Black y de la mayoría de los estudios elaborados durante la década de 1980, surgieron tres diferentes tipos de explicaciones sobre la relación de las desigualdades sociales y el estado de salud de las personas.⁴ Las primeras, se refieren a las condiciones materiales que caracterizan el entorno de los distintos grupos sociales y así, aspectos como la diferencia de ingreso o acceso a los servicios sanitarios, pueden explicar los resultados desiguales en la salud de los individuos. El segundo grupo de explicaciones, conciernen a las diferencias culturales y conductuales entre los distintos grupos sociales y finalmente, las explicaciones referidas al denominado “proceso de selección social”, o sea, que las condiciones de salud del entorno en que nacen y se desenvuelven las personas, son determinantes para la posición socio-económica que alcanzarán a lo largo de su vida, lo cual, limitará o facilitará el uso de los servicios de salud y la práctica de conductas favorables a la buena salud.

Según *Bartley*,⁵ a partir de la década de 1990, se realizaron distintas investigaciones que cuestionaban la tipología establecida por el informe Black y proponían explicaciones adicionales, para las diferencias sociales no ajustadas a las dimensiones establecidas en dicho informe. Por ejemplo, algunas que demostraban que podían identificarse grandes diferencias en la salud y la expectativa de vida, entre personas que pertenecían a un mismo grupo social, ingresos similares y un estatus laboral parecido, como sería el caso de quienes laboran en las grandes corporaciones modernas. Estos críticos propusieron nuevas modalidades para explicar las desigualdades en salud, relacionadas con el efecto psicosocial de las condiciones de vida de las personas y una perspectiva opuesta a la idea de la selección, al considerar que la posición económica determina o causa los niveles de salud y estos factores, pueden comprenderse mejor mediante estudios de cohortes.

Con estas explicaciones o argumentos, los investigadores contemporáneos proponen que el conjunto de factores de origen social, que explican las diferencias en el estado de salud de las personas y en sus expectativas de vida, se agrupan en cinco dimensiones de estudio:

- La primera referente al ámbito “material”, es decir, el ingreso personal o familiar, la exposición a riesgos de salud, la accesibilidad de los servicios sanitarios o las condiciones sanitarias del lugar de residencia.
- La segunda dimensión, aglutina a distintos factores relativos a los diferentes “estilos de vida”, o sea, patrones culturales o conductuales que pueden determinar las condiciones de salud de distintos grupos de población, entre estos, los hábitos de consumo de tabaco o alcohol,

las costumbres nutricionales, tradiciones respecto a la vacunación y la realización de exámenes preventivos o los distintos niveles de actividad física.

- La tercera dimensión, se relacionan con las diferencias psicosociales: el estrés social, la privación relativa y los demás daños psicosociales provocados al pertenecer a estructuras sociales desiguales.
- El cuarto grupo de factores se relaciona con las etapas de la vida, o sea, los distintos acontecimientos que ocurren desde el nacimiento y que tienen algún efecto en el estado de salud, como la educación, la clase social y las condiciones sanitarias durante la infancia.
- La quinta y última dimensión, aglutina a los factores relacionados con las políticas públicas, que pueden influir en el mejoramiento de la calidad de vida o la provisión de servicios sanitarios.^{4,6}

En el ámbito latinoamericano, después de los trabajos iniciales de *Granda y Breihl*, ha aumentado el interés por el tema de la relación entre desigualdades sociales y estado de salud de la población, principalmente en Brasil en los últimos veinte años, con importantes aportes al conocimiento de este vínculo.⁷ Una rápida revisión a los trabajos sobre desigualdad social en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de OPS/OMS, permitió identificar 686 artículos y trabajos de investigación, desarrollados por científicos de todos los países de La Región de Las Américas: 364 dentro del área de las ciencias de salud en general, 277 en áreas especializadas y 45 correspondientes a organismos internacionales. Sobre el contenido, en un grupo numeroso de investigaciones, el propósito es presentar propuestas de acciones de políticas públicas en salud, para responder a las necesidades detectadas al ejecutar la investigación. De los procedimientos y objetos de estudio, en un porcentaje elevado se utilizó:

- una escala espacial reducida: municipios, barrios, localidades específicas,
- casos de morbilidad, específica: ansiedad, depresión, obesidad, hipertensión arterial, VIH-sida y otros,
- uso reducido de aspectos socioeconómicos para caracterizar las desigualdades sociales: niveles de ingreso, escolaridad, posición social dentro de los procesos productivos y condiciones de la calidad de vida, según el análisis del saneamiento básico del área de estudio, el abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado y disposición de basura,
- Una noción de desigualdad social en salud, vinculada principalmente a la posibilidad de acceder a los servicios de salud, de educación o a servicios públicos básicos, tener una nutrición adecuada o vivir expuestos a distintos riesgos para la salud: consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias tóxicas, así como accidentes de trabajo.⁷

Entre estos estudios, se destacan los de *Alazraqui M y otros*,⁸ quienes se enfocaron a la variación de la salud

auto-referida a nivel individual, como resultado de características individuales y grupales analizadas simultáneamente, mediante técnicas multinivel. Resulta interesante por innovador este diseño metodológico y entre los hallazgos principales, los autores reconocen que los mayores niveles de ingreso, educación y posición laboral, se vincula positivamente con una mejor percepción de las personas sobre su estado de salud y, el aumento de edad, con una peor salud autoreferida. Se corroboró la necesidad de implementar acciones que mejoren las condiciones sociales, tanto individuales como de vecindad y contribuyan a una percepción más positiva de su propia salud. Esta percepción, en un nivel de generalización, se considera un buen indicador de la calidad de vida y con valor instrumental, para predecir la morbilidad y la mortalidad al interior de las comunidades.

La etnia o raza como factor condicionante de la desigualdad social en salud

Como ejemplo reconocido de esa relación desigualdad social y salud, se revisaron varias investigaciones, desarrolladas principalmente en el ámbito latinoamericano^{9,10} y que incluyeron al factor genético o más bien, la raza o etnia, como un condicionante social que explique las diferencias en salud y que originaron debates interesantes. Al respecto, quienes reconocen la necesidad de considerar este factor, argumentan que pertenecer a una raza/etnia puede limitar las posibilidades de ascenso social y, consecuentemente, restringir el acceso a servicios de salud, educación, vivienda y saneamiento, entre otros beneficios sociales.

En ese sentido estos investigadores sugieren que, en los estudios sobre desigualdades socioeconómicas y en particular, cuando se refieren al proceso salud-enfermedad, se incorpore con más frecuencia el factor raza o etnia, como dimensión analítica.¹¹ Alertan que en la mayoría de las investigaciones sobre el vínculo de la sociedad y la salud, se han privilegiado las características socioeconómicas como base de sus modelos explicativos y se revela cierto tabú al estudiar las variables raza o etnia. En esto coinciden con quienes desacreditan el uso de esta variable⁵ y explican que la resistencia a su utilización, lo origina el rechazo de la comunidad científica a distinguir a las personas según su herencia biológica e implementar políticas públicas basadas en esta evidencia, tal como se hizo en la Alemania de *Hitler* para justificar la política de limpieza racial.

Para *Wilkinson*,¹² el valor analítico de la variable raza o etnia, se ha mal interpretado. No se trata de que una persona sea blanca, negra o amerindia para ser vulnerable a determinada enfermedad, si no que las diferencias genéticas hacen vulnerables a las personas frente a los factores de riesgo que ocasionan dicha enfermedad.

La argumentación de *Wilkinson*, resulta particularmente apropiada para el caso latinoamericano, donde aún se

insiste en el uso de esta variable para explicar las diferencias en la salud y expectativa de vida de las clases sociales en desventaja, principalmente de la población indígena de estos países; si parafraseamos al autor, diríamos que no se trata de pertenecer al pueblo quechua en el Perú, negro en Brasil, mapuche en Chile o náhuatl en México, sino de las condiciones en que viven estos grupos de la población, los que, generalmente, representan uno de los sectores más depauperados, explotados y discriminados, en otras palabras, el problema no es la herencia genética, sino la marginación o franca exclusión en la que viven los indígenas de estos países, pero en la que también viven grandes grupos de población no indígena, por tanto, la utilidad del análisis de este factor, sería para implementar políticas que favorezcan a las poblaciones marginadas de estos países.

En síntesis, el uso de la raza o la etnia como variable analítica en los estudios sobre desigualdades en salud, se acompaña de dificultades técnicas de difícil solución, por un lado, si se utiliza únicamente este criterio, se enmascaran los problemas que estos grupos de población enfrentan para acceder a los servicios de salud, a una mejor educación o mayores oportunidades de empleo; por otro lado, si se analiza simultáneamente, se sobrevaloran muchas de las condiciones socioeconómicas que caracterizan a estos grupos poblacionales. La raza o la etnia, tal como concluyen *Dressler y Williams*, citados por *Bartley*,⁵ es una macro condición social que explica ciertas características de la población, como es la edad y el sexo, pero que por sí solas no son muy útiles para explicar o predecir el estado de salud de las personas.

Métodos y técnicas para el estudio de las desigualdades

• Métodos y técnicas de medición.

El estudio de las desigualdades en salud, además de indicadores apropiados para medir los fenómenos o circunstancias que afectan la salud de los individuos, también requiere de métodos y técnicas de interpretación de datos que posibiliten resultados confiables. Como se ha expuesto antes, con el análisis de las desigualdades en salud se intenta develar las relaciones entre fenómenos sumamente complejos por su carácter multifactorial y multinivel. Para la comprensión de estos fenómenos, la utilización de técnicas y modelos matemáticos por los investigadores de las ciencias sociales, ha resultado la mejor herramienta, que incluyen el uso de modelos de regresión y la construcción de indicadores. También han surgido otras técnicas, como las interesantes propuestas de OPS/OMS sobre la metodología para estudiar desigualdades en salud.¹³

No es propósito de este trabajo describir todas estas técnicas, ni recomendar alguna en particular, pues estas deben definirse al diseñar la investigación, sin embargo, se consideró útil, mencionar los tres aspectos fundamentales a resolver por los investigadores, con independencia del

modelo matemático, el diseño de indicadores o la técnica de evaluación en que se sustente su enfoque y que en su obra recomiendan.¹⁴ No representan una regla, más bien son advertencias sobre algunos riesgos que para desarrollar las investigaciones, deberán considerarse por los profesionales que se interesen en este tema. Estos aspectos son:

1. la elección del punto de partida de la investigación,
2. la elección entre medidas absolutas o relativas de desigualdad, y
3. la elección entre acontecimientos favorables o adversos para medir la desigualdad.

A los interesados en ampliar estos aspectos, se recomienda revisar los autores citados.

- *Métodos para analizar el vínculo determinantes sociales y salud.*

El importante esfuerzo desplegado por identificar los factores de la organización y el funcionamiento social que afecta la salud de distintos grupos de población, implica:

La necesidad de una medición de las desigualdades en salud y sus tendencias a lo largo del tiempo, una evaluación sobre el peso relativo de estas desigualdades en el contexto del nivel de salud general de la población y el conocimiento de los factores que las causan y sus consecuencias.¹⁵

En ese sentido, se describirán algunos de los principales métodos y mediciones que se utilizaron en las investigaciones revisadas para identificar la relación de los factores determinantes sociales (materiales y psicosociales) y la situación de salud.

Factores determinantes materiales

- *Nivel de ingreso*

El nivel de ingreso de los individuos, los hogares o la familia, fue el indicador clásico utilizado en las primeras investigaciones sobre las desigualdades sociales y su efecto en la salud, sin embargo, varios estudios han desacreditado su validez para explicar suficientemente esta relación. Destaca el trabajo *Unhealthy Societies*,¹⁶ donde el autor demuestra que, después de cierto nivel de ingreso promedio por persona, los aumentos al ingreso parecen no mejorar el nivel de salud de la población, al menos de manera significativa. Además, aporta datos interesantes sobre la utilización de otros indicadores.

- *Educación*

La educación es otro factor material ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud. El nivel educativo tiene, como mencionan algunos autores,^{5,16}

repercusiones directa e indirectas en el estado de salud de las personas, al operar como un elemento de refuerzo y protección a lo largo de su vida. Como refuerzo, la educación contribuye a la elección de estilos de vida y comportamiento favorables a la salud y, simultáneamente, posibilita el acceso a mejores empleos y oportunidades de la vida que protegen a las personas de riesgos a la salud.¹⁷ La educación es un factor relativamente fácil de medir a través de indicadores como, el número de años completos de estudio, el nivel máximo de estudio alcanzado o los títulos obtenidos.

- *Ocupación*

El tercer factor material utilizado, es la ocupación de las personas, o sea, la posición del individuo dentro de la estructura social, lo que contribuye a protegerlo de determinados riesgos laborales, le facilita el acceso a los recursos sanitarios, contribuye a producirle diferentes niveles de estrés psicológico y puede influir en su comportamiento o en la adopción de estilos de vida saludable. En las sociedades avanzadas, la ocupación es el principal criterio para explicar la estratificación social y la categorización de los distintos grupos socioeconómicos, donde la estima y la aprobación social dependen, en gran medida, del tipo de trabajo que tengan las personas, así como de su formación y logros profesionales.¹⁸

No obstante, la cierta utilidad analítica de este factor determinante, su medición se enfrenta a dificultades a considerar en todo trabajo de investigación, entre otras: clasificar a quienes se dedican labores domésticas o están en condición de retiro y también, las diferencias existentes en las compensaciones pagadas por un mismo trabajo y que, muchas veces, se deben al sexo o la raza.

- *Medio ambiente*

Desde mediados del siglo XIX, numerosas investigaciones, como las realizadas por *Chadwick* en el caso de Inglaterra y Gales, revelaron el impacto significativo que para la salud de los individuos, tienen las condiciones del entorno donde viven, estudian, trabajan o envejecen, las cuales conciernen a elementos como, el acceso a servicios básicos en materia de saneamiento, agua limpia y disposición de residuos. La importancia de esta relación es perdurable, pues ya fue reconocida por la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS, en su informe sobre el tema denominado "Subsanar las desigualdades en una generación."¹⁹

En las investigaciones revisadas se consideraron los siguientes factores ambientales: calidad del agua y del aire, exposición al ruido, alcantarillado, seguridad en carreteras, criminalidad, violencia intrafamiliar, calidad de la vivienda considerando la ventilación, temperatura y humedad relativa; protección contra fauna nociva o peligrosa, entre otros; cercanía con las fuentes de empleo, acceso a servicios de transporte y comunicación, facilidades para la práctica de actividades físicas, cohesión social y otros.

Para la medición de los factores ambientales, se utiliza un conjunto muy amplio de indicadores útiles como: medidas relacionadas con la calidad de aire (cantidad de partículas en suspenso de plomo, ozono o bióxido de carbono, por ejemplo), la calidad del agua (desde el acceso a agua entubada, hasta la medición de la turbidez o del pH del líquido); número de accidentes viales y mortalidad por esta causa, valor promedio de las viviendas, número de casos de violencia familiar, porcentajes de desempleados en el área de estudio, entre otros.

El mayor problema metodológico al estudiar los factores ambientales como determinantes de las desigualdades sociales en salud, es la imposibilidad de realizar análisis comparativos válidos pues, esto necesariamente implica la comparación por áreas geográficas, ya que este tipo de medición depende más de la significación de la unidad geográfica, de que la medida sirva no como un *proxy* adecuado a términos individuales.

- Accesibilidad de los servicios de salud

En los últimos años, las barreras de acceso a los servicios de salud, aparecen como unas de las causas de mayor interés explicativo sobre las diferencias de salud entre los grupos sociales, principalmente porque para eliminarlas, se establecen políticas públicas consecuentes. Aunque el nivel de ingreso sea adecuado, se posean suficientes conocimientos y se viva en un ambiente saludable, el efecto de las brechas de acceso es cierto si no se dispone de servicios médicos o estos son deficientes cuando aparezcan las enfermedades. Los grupos sociales no solamente verán disminuida su buena salud, sino que vivirán en un ambiente mucho más riesgoso para la vida.²⁰ Los indicadores utilizados son: el número de médicos y enfermeras disponibles en el área de estudio, así como el número de camas censables o el porcentaje de derechohabientes de la seguridad social.

Los factores determinantes psicosociales

Ya en 1986, en su investigación sobre los servidores públicos ingleses, *Marmot* advertía que al investigarse estos factores determinantes de las desigualdades en salud, intentaban explicarse algunos de los fenómenos que solamente al evaluar la conducta individual o de las condiciones materiales, no podrían resolverse.²¹ Quienes asumen esta perspectiva consideran que, cuando los métodos tradicionales resultan insuficientes, se requieren otras nociones etiológicas o prestar atención a algunos aspectos olvidados del funcionamiento social. Según el propio autor citado, las repercusiones de los factores psicosociales en la salud, se presentan tanto directamente, al afectar el curso etiológico de las enfermedades, como indirectamente, al modificar la conducta de las personas, quienes pueden reaccionar ante circunstancias adversas con un mayor consumo de alcohol o tabaco, conductas propensas a los

accidentes o manifestaciones violentas que pueden ser, auto-destructivas.

La medición de los factores determinantes psicosociales resulta sumamente compleja y, hasta ahora, el mejor procedimiento para advertir sus influencias, es el autoreporte individual que se obtiene, generalmente, mediante encuestas diseñadas sobre la percepción de las personas sobre su condición de salud, su entorno de vida y su porvenir personal y familiar

- *Las etapas de la vida*

El estudio por etapas de la vida, más que una dimensión es un enfoque útil para la investigación de las desigualdades sociales, ya que abarca los hechos sociales ajenos al individuo, que pueden afectar su condición de salud a lo largo de la vida, por ejemplo, el efecto de la condición socioeconómica durante su infancia, la presencia de condiciones específicas de salud al llegar a la edad adulta. Este enfoque se aplica en la investigación de cohortes, tal como el seguimiento a las familias mediante una encuesta sobre nutrición y salud (la cohorte Boyd-Orr), a finales de los años de 1930 en Inglaterra y donde se obtuvieron datos de 4 873 hijos de estas familias, cuya salud y duración de vida fue evaluada hasta finales de la década de 1990, para determinar su propensión a morir a causa de enfermedades cardiovasculares.²²

Resulta obvio, que este enfoque requiere estudios muy amplios, con una gran variedad de indicadores y, sobre todo, el seguimiento preciso y continuo de los datos. La utilidad de los resultados de este tipo de trabajos, concierne al diseño de políticas públicas que puedan incidir en el futuro de la salud de los individuos.

- *Estilos de vida*

El comportamiento de las personas a lo largo de su vida, frente a distintos riesgos para su salud, es uno de los factores determinantes más estudiado desde la segunda mitad del siglo xx. Fumar, consumir alcohol, ingerir alimentos poco nutritivos o mantener bajos niveles de actividad física, son prácticas que producen un daño directo a la salud y perspectiva de vida de los individuos y que estos escogen libremente, de ahí la importancia de su conocimiento en la predicción del futuro estado de su salud y la implementación de políticas de prevención y curación apropiadas. Este factor suele medirse a través de indicadores como: consumo o no de cigarrillos o alcohol, el número de cigarrillos o la cantidad diaria de bebida que se consume, el nivel de consumo calórico o el tiempo que se dedica a las actividades físicas.

Hasta aquí, se ha descrito la evolución y los métodos utilizados para estudiar los determinantes sociales y su relación con las desigualdades en salud y las políticas públicas que de ese vínculo se derivan. Finalmente, se sintetiza la situación en México de las investigaciones enfocadas a este importante tema.

La investigación acerca de las desigualdades de salud en México

Es poca la información que sobre la investigación acerca de las desigualdades de salud dentro del contexto mexicano, reúne la Biblioteca Virtual en Salud. De los 686 trabajos con el descriptor de los términos desigualdad o inequidad en salud, solo 11 fueron desarrollados en el ámbito de este país, lo que traduce escasa producción sobre el tema por la comunidad científica mexicana. De los 11 trabajos publicados, en 2 se critica la estructura organizacional del sistema de salud mexicano, en particular la creación del Seguro Popular en salud,²³ y las reformas al Seguro Médico del IMSS,²⁴ las cuales se consideraron por los autores, como generadoras de mayor inequidad social y desigualdad en salud, pero sin argumentar científicamente esas conclusiones.

De los 9 trabajos restantes, solamente en 1, se evalúa como determinante social de la salud de la población, el impacto probable del nivel de ingreso familiar, mediante cálculo de tasas estandarizadas por estados, el nivel de marginación y municipios agrupados según grado de marginación y la mortalidad relacionadas con enfermedades transmisibles en la infancia, el embarazo y el parto y causas que podrían considerarse potencialmente evitables.²⁵ En la revista Salud Pública de México se han publicado de 1990 a la fecha, un total de 88 artículos relacionados con las desigualdades en salud. De estos artículos:

- 3 contribuyen al debate teórico sobre la relación desigualdades sociales y salud,
- 14 la enfocan desde una perspectiva multidimensional, y
- 71 desde algunas de las dimensiones que comprenden los determinantes sociales.

De estos últimos, 26 artículos se refieren a alguna dimensión material:

- 4 se relacionan con el funcionamiento del sistema de salud mexicano,
- 6 con el lugar de residencia, 9 con las condiciones del empleo, y
- 7 artículos, la relación entre la salud y el medio ambiente.

En 29 de los 71 artículos que estudian los determinantes sociales, se indagan los factores de orden cultural y de conducta: el consumo de alcohol, tabaco y drogas, las costumbres nutricionales y la práctica de actividad física; en 12, el enfoque psicosocial: violencia, depresión y estrés y solamente 1 se orienta al análisis sobre las etapas de la vida. Entre los temas que más interesan a estos investigadores mexicanos, destacan la obesidad, el consumo de tabaco, la contaminación atmosférica y las condiciones materiales de trabajo.

Tal como acontece en otros países latinoamericanos,²⁶ en México la producción científica entorno a las determi-

nantes sociales de la salud, ha reducido su ámbito de investigación, ya sea por el interés en una temática específica o por las dificultades que subsisten para obtener información suficiente y confiable. Es así que, en la mayoría de los trabajos con una perspectiva multidimensional en cuanto a las causas de los distintos estados de salud, se reduce la investigación a una región del país o un grupo de edad; al concepto de salud, al estudio de la mortalidad o la ocurrencia de algún daño específico a la salud y al alcance de sus propuestas de solución al problema detectado. El acotamiento de la realidad, es una simplificación válida solamente para el estudio de fenómenos muy concretos, que requieren acciones públicas muy específicas, pero resultan poco válidos para determinar líneas generales de actuación en materia de salud pública; este tipo de enfoques contribuye escasamente al diseño de políticas amplias y transversales, que mejoren con rapidez el nivel general de salud de la población y privilegien estrategias gradualistas y limitadas.

Aún las investigaciones que se orientan a una visión multicausal y se enfocan al estado general de salud de la población,²⁷⁻²⁹ no sugieren soluciones amplias para el problema sanitario actual, más bien limitan su enfoque de solución al desempeño del sistema público de salud, aunque dicho desempeño sea parte fundamental de la solución. Esta miopía resulta sorprendente, cuando los mismos estudios elaborados por estos y otros autores, revelan la existencia de significativas diferencias sociales que impactan la salud de los mexicanos, como son las desigualdades educativas y de oportunidades de empleo, lo que sugiere medidas mucho más amplias que las elaboradas hasta ahora.

Se puede concluir que con la revisión realizada se identificó que ya desde el siglo xv, los investigadores de la salud se percataron de que la duración y la calidad de vida de los seres humanos, no dependían exclusivamente de los procesos biológicos, sino que estaba atada a factores sociales y económicos que condicionaban o facilitaban, la conservación de la buena salud y la prolongación de la vida. Durante siglos, muchos científicos han contribuido a un mayor conocimiento de este vínculo y sugerido numerosas alternativas de solución a los problemas que detectaron.

Es innegable que el mejoramiento de la salud y las expectativas de vida, no dependen exclusivamente del desempeño de los sistemas nacionales de salud, si no de una política amplia y general que influya en la educación, el empleo, la aceptación social y otros aspectos que, según los hallazgos de las propias investigaciones, tienen un impacto significativo en la condición sanitaria de los latinoamericanos, en lo general y de los mexicanos, en lo particular. En Latinoamérica, región con ancestrales diferencias socioeconómicas entre sus grupos de población, la investigación sobre estos temas ha sido prolífica y útil para la toma de decisiones en materia de políticas públicas favorecedoras de la salud. También así ha ocurrido en México, aunque, la revisión de la literatura científica a este respecto, revela la existencia de limitaciones al conocimiento de los problemas y, sobre todo, al alcance de las soluciones.

Es indudable que los enfoques dados a la investigación sobre determinantes sociales en salud debe cambiar, se necesita investigar más, con procesos de investigación más abarcadores y sustentados en información mucho más fiable, pero también, se necesita rescatar la utilidad de estas investigaciones para la toma de decisiones, para realizar acciones más allá de los consultorios y hospitales; se necesita, en suma, rescatar plenamente el espíritu que nos legaron los precursores sociales, hace casi tres siglos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gil Hernández F. Tratado de Medicina del Trabajo. México: Masson Doyma México; 2005.
- Babones S. Social inequality and public health. Bristol: The Policy Press of the University of Bristol; 2009.
- Sen A. Archivos: Documentación de la 52 Asamblea de la Salud. Recuperado el 20 de Abril de 2010, de Organización Mundial de la Salud [sitio en Internet]. [citado 18 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.cies.edu.ni/documentos/red/doc/cap-01/salud%20en%20desarrollo.pdf>
- Smith D, Blane D, Bartley M. The Black Report on socio-economic inequalities 10 years on. *British Med J*. 1990;301:373-7.
- Bartley M. Health inequality: an introduction to theories, concepts, and methods. Cambridge: Blackwell Publishing; 2004.
- Wilkinson R. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. Londres: Routledge; 1996.
- Dos Santos D, Gerhardt T. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2008;2(3):129-36.
- Alazraqui M, Roux A, Fleischer N, Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cadernos Saúde Pública*. 2009;25(9):1990-2000.
- Leal M, Gama SG, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39(1):100-7.
- Santos SM, Guimarães MJ, Araújo TV. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde e Sociedade*. 2007;16(2):87-102.
- Coimbra Jr.C, Ventura R. Saúde. Minorias e desigualde: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):125-32.
- Wilkinson R. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. Londres: Routledge; 1996.
- Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O, Vidaurre M, et al. Métodos de medición de las desigualdades en salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;12(6):398-414.
- Oakes M, Kaufman J. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Wiley and Sons; 2006.
- Anand S, Diderichsen F, Evans T, Shkolnikov V. Measuring disparities in health: Methods and indicators. Part II: Assessing and Analyzing the Health Divide. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Buiyha A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 48-67.
- Wilkinson R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Londres: Routledge; 1996.
- Witty G, Aggleton P, Gamarnikow E, Tyrer P. Education and health inequalities. In: Gordon D, Shaw M, Dorling D, Davey Smith G, editors. *Inequalities in health: the evidence*. Bristol: The Policy Press of the University of Bristol; 1999. p. 138-147.
- Mackenbach J, Bakker M. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. Londres: Routledge; 2002.
- OMS. *Subsanar las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud*. Buenos Aires: OMS; 2009.
- House of Commons Health Comité. *Health Inequalities: Evidence*. Londres: House of Commons; 2007.
- Elstad JI. The psycho-social perspective on social inequalities in health. En: Bartley M, Blane D, Smith GD, editors. *The sociology of health inequalities*. London: Oxford Blackwell Publishers; 1998.
- Frankel S, Smith GD, Gunnell D. Childhood socioeconomic position and adult cardiovascular mortality. The Boyd Orr Cohort. In: Smith GD, editor. *Health inequalities: lifecourse approaches*. Bristol: The Policy Press of the University of Bristol; 2003. p. 225-32
- Tamez S, Eibenschutz C. El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia*. 2008;10(suppl 1):133-45.
- Eibenschutz C, Tamez S, Camacho I. Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad en México. *Revista Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia*. 2008; 10(suppl 1):119-132.
- González-Pérez Guillermo J, Vega M, Romero S. Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un análisis socio-espacial. *Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia*. 2008;10(suppl 1):15-28.
- Almeida-Filho N. *Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografía anotada*. Washington: OPS; 1999.
- Zurita B, Lozano R, Ramírez T, Torres JL. Desigualdad e inequidad en salud. *Caleidoscopio en Salud* [sitio en Internet]. 2003 [citado 18 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx>
- Arreola H, Soto H, Garduño J. Las determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. *Caleidoscopio en Salud* [sitio en Internet]. 2003 [citado 18 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx>
- Torres AC, Knaut FM. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Caleidoscopio en Salud* [sitio en Internet]. 2003 [citado 18 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx>

Recibido: 14 de mayo de 2010. Aprobado: 14 de agosto de 2010.
Hilda Santos Padrón. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
 Avenida Universidad s/n. Zona de la Cultura, Colonia Magisterial,
 Villahermosa, Tabasco 86040. México.
 Correo electrónico: drahs@yaho.com