

# **CAPÍTULO 1**

## **De qué hablamos cuando decimos Medicina social/Salud colectiva**

### **Conceptos y categorías de análisis**

*Susan López*

### **Introducción**

En este capítulo, nos proponemos realizar un recorrido que nos permita comprender que la salud-enfermedad no es sólo un problema biológico ni tampoco sólo social, sino que su mera existencia se expresa y se manifiesta como resultado de un complejo entramado de relaciones, principalmente de poder, presentes en cada forma de organización política, económica y social.

Nuestro objetivo es acercar las principales herramientas de análisis para el campo de la salud colectiva y profundizar los conceptos y categorías centrales que aborda la Medicina Social Latinoamérica/Salud Colectiva, con la finalidad de facilitar la comprensión y el abordaje de las problemáticas de y en salud.

Partimos de la idea que la salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas ni analizadas como categorías aisladas, a-históricas, biológicas e individuales sino como parte de un proceso con múltiples determinaciones que incluso trascienden al propio campo de salud.

Estudiarlas y analizarlas, considerando el contexto histórico social, nos permite comprender y confrontar el alcance y sentido que las políticas de salud tienen en categorías de análisis como equidad, desigualdad, inequidad, determinación social de la salud y derecho a la salud.

Enmarcar las dimensiones de análisis en los contextos del desarrollo del pensamiento social en salud es una prioridad que atraviesa todo el capítulo.

## Salud y enfermedad

En la historia de la humanidad los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad han sido expresión de preocupaciones tanto individuales como colectivas.

Sin embargo, las razones que se han atribuido para explicar las existencias de la enfermedad y de la salud, han ido cambiando conforme a la propia organización social que se ha dado el Homo Sapiens a través de su propia historia. Es más, no sólo las formas de explicarlas sino las formas de vivirlas, sentirlas y resolverlas tienen la dificultad de no poder ser entendidas ni aprehendidas sin poder ubicarlas en contextos determinados.

Aquí, y antes de avanzar en el tema que nos convoca, nos detendremos brevemente, para explicitar qué entendemos por contexto. Partimos diciendo que, no es solamente el lugar geográfico, el momento de la historia, la organización económica, la cultura, la religión sino el modo en que se conforman las relaciones sociales y de poder tanto en el plano micro como macro social. Es decir, es necesario tener en cuenta que las situaciones y circunstancias que se presentan sobre un hecho social en el microespacio también están atravesadas por cuestiones que las trascienden y que se dan en el plano macrosocial. Más precisamente, que los hechos que se presentan en una comunidad cualquiera, son el resultado de interrelaciones que se definen a su interior, tanto en el plano material como simbólico, y que al mismo tiempo están sujetas por el predominio de una formación social determinada, que en la actualidad es la sociedad capitalista.

Dicho esto y retomando nuestro tema de interés, la salud y la enfermedad, veamos cómo y cada uno de estos conceptos han sido interpretados a través de la historia de la sociedad.

Partimos de la idea que la enfermedad es uno de los problemas sociales que más ha preocupado a las diferentes comunidades.

Pero, ¿qué es la enfermedad? Berlinguer en su libro "La enfermedad" nos introduce y alerta, a partir de un recorrido por diferentes enciclopedias y diccionarios, sobre las dificultades y pocas similitudes que presentan las diferentes definiciones encontradas. Nos demuestra que, según la época, los conocimientos disponibles y el interés por encontrar respuesta a la enfermedad, las definiciones se presentan como la **ausencia o supresión** de algún principio vital, o como la **presencia** de algo extraño y nocivo como corpúsculos de materia impura, demonios o animales perversos.

También nos ilustra acerca de que la mayoría de los intentos por definir la enfermedad refieren a situaciones de malestar, desequilibrio, sufrimiento, dolor, imposibilidad; en contraposición a las situaciones de estar bien, equilibrio, posibilidad, capacidad, en ausencia de aquella. De este modo, lo negativo se asocia a la enfermedad y en forma opuesta lo positivo a la salud.

Sin embargo, debemos reparar que la propia referencia a la existencia de una a partir de la ausencia de la otra, nos permite visualizar que no se presentan separadas ni que son opuestas sino que son parte de un mismo fenómeno del ciclo vital.

Siguiendo este razonamiento, afirmamos que la salud y la enfermedad son parte de una misma cosa, de un hecho social que ocurre en determinado momento, bajo ciertas condiciones y que cambian de un individuo a otro, de una comunidad a otra, de una época a otra y de una forma de organización económica social a otra.

“Existen diferencias profundas entre individuos y pueblos en lo que hace al sufrir o al modo de reaccionar ante las enfermedades”... “Existen, por fin , cuadros morbosos que dominan una época , como la peste en el siglo XIV y la tuberculosis en el XIX, que luego retroceden y prevalecen otras patologías, como ahora lo hacen los tumores y las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, las naciones, las clases, las personas, son afectadas por los morbos en medida muy diferentes” (Berlinguer 1994:16)

Resumiendo, podemos decir que la manifestación de la enfermedad ha cambiado a través de la historia, pero no como un devenir propio de la biología de los individuos clasificados por etnia, sexo o edad, sino por las formas en que la enfermedad se manifestó en individuos y comunidad según el lugar que estas ocuparon en la organización económica social en un momento histórico determinado.

Al mismo tiempo, consideramos necesario reparar que la forma que esta asume y los cambios que en ella se dan, son el resultado de un proceso complejo y dinámico de entramados de relaciones de poder, de intereses, luchas y conflictos de los diferentes actores sociales. No son cambios abruptos, ni se conforman de un día para otro, se construyen en el día a día y constituyen un proceso en el devenir histórico.

Avancemos entonces, definiendo ese carácter histórico y social de la enfermedad.

## **El carácter histórico y social de la enfermedad**

La enfermedad es biológica en tanto se expresa en el cuerpo de un individuo, pero las condiciones para que se manifieste en ese cuerpo, que esté allí presente, pueden tener por lo menos dos explicaciones.

Por un lado, algunos autores sostienen que la enfermedad está dada por las características individuales, a su predisposición genética a la disfunción de alguna parte del cuerpo o la mente, por la carencia o insuficiencia de alguna vitamina, proteína o mineral o, por la exposición a factores dañinos para la salud.

Por el otro, desde la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva se sostiene que aún teniendo en cuenta las características biológicas individuales y cualquiera de los factores que toma en cuenta la corriente biologicista, estos disminuyen su fuerza frente al lugar o espacio social que ocupa un individuo o un colectivo en la estratificación social, ya sea en la esclavitud

o los sistemas de castas, estamental o de clases. Es decir, que el modo de producción y las relaciones de poder allí establecidas, delinean, determinan y condicionan la apropiación de los recursos para la satisfacción de sus necesidades vitales, que además lo superan como individuo y se expresa como colectivo.

Y es en este sentido que Cristina Laurell afirma que la enfermedad tiene carácter histórico y naturaleza social.

“La mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por el estudio de su apariencia en los individuos sino por el proceso que se da en la colectividad humana. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos”. (Laurell 1982:2)

Entonces, podríamos decir que una enfermedad sin sujeto y sin contexto podría ser estudiada y analizada desde la fisiopatología y tratada desde las diferentes especialidades de las ciencias médicas. Sin embargo, y como vimos anteriormente, el enfermo es un sujeto que vive en determinado momento histórico y bajo ciertas condiciones de vida que le imponen las fuerzas productivas del modo de producción hegemónico a su contemporaneidad.

Es con esta lógica de pensamiento, podemos visualizar que las cuestiones que atraviesan el proceso salud-enfermedad están determinadas por complejas relaciones sociales que influyen directa e indirectamente en los causales de la enfermedad, como dicen Benach y Mountaner (2009), *con las causas de las causas*, es decir, con las determinaciones sociales donde el sujeto individual y colectivo se inscriben.

Sobre esto volveremos posteriormente, ahora los invito a recorrer desde cuándo y cómo comenzó a comprenderse que la salud y la enfermedad son fenómenos sociales.

## **La naturaleza social de la enfermedad**

A través de la historia de la humanidad, puede observarse que la relación entre el homo sapiens y el medio ambiente ha sido muy cambiante. Es tal vez, en esa relación donde tendríamos que detenernos para analizar el impacto que las enfermedades han tenido y tienen sobre la sociedad.

Muchos han sido los autores que nos ilustran al respecto, aquí vamos a tomar a Mc Keown y Ponting para enriquecernos al respecto.

Ambos autores sostienen que los cambios en el patrón de las enfermedades, guardan estrecha relación con los mismos factores que tuvieron influencia en otros aspectos de la historia de la humanidad.

En la época de los *cazadores recolectores*, es decir, cuando su vida era nómada, si bien el hombre vivía pocos años, no se encontraron evidencias de muertes por epidemias o enfermedades infecciosas. Más bien eran muertes atribuibles a su propia condición.

Cabe aclarar que estos autores difieren en cuanto al impacto que sobre la enfermedad tenían la disponibilidad o no de recursos. McKeown refuerza la idea de que esta deficiencia se traducían en carencia y mala nutrición, mientras que Ponting sostiene que existía una gran variedad de alimentos que se tradujo en baja desnutrición y casi inexistentes enfermedades carenciales. Sin embargo, acuerdan en que las enfermedades infecciosas no eran el flagelo de esa época.

La situación cambió cuando el *homo sapiens* comenzó a controlar el medio ambiente, período en que inicia la agricultura, se estableció en un lugar y fue convirtiéndose en sedentario.

Esta nueva forma de relación con la naturaleza, de apropiación, producción y reproducción de los recursos naturales requirió al mismo tiempo de un mayor contacto y cercanía, tanto con otros seres humanos como con animales. Entonces, el principal cambio fue una mayor exposición a las enfermedades infecciosas.

A su vez, no menos importante es considerar que la expansión de las enfermedades infecciosas a otras zonas y regiones del mundo, estuvo dado tanto por el mero intercambio de productos como por las formas de invasión a otros continentes con el solo fin de la expropiación de recursos. En cualquiera de los casos las formas de propagación y de contagio de las enfermedades se extendió por todo el planeta a través, principalmente, de intereses económicos. Como por ejemplo, la llegada de la viruela al continente americano en el siglo XVI.

Por otra parte, las condiciones de vida que se manifestaron en el contexto de las sociedades sedentarias también expusieron a los seres humanos, por una mayor concentración de población, sin hábitat adecuado y sin condiciones de saneamiento, a nuevas enfermedades infecciosas.

“En ciudades de varios miles de habitantes, o incluso en aldeas de solo unos cientos, el tratamiento de residuos suponía un gran problema”. ... “El constante aumento de los seres humanos y la creciente densidad de los asentamientos creaban un conjunto de condiciones dentro de las cuales podían establecerse muy diversas enfermedades.” (Ponting. 1992:306)

Con la irrupción de la sociedad industrial el patrón de las enfermedades también cambió. Si bien con la industrialización se incrementó el control sobre la naturaleza y hubo más recursos alimentarios, también se presenciaron nuevas formas de enfermar y morir.

Durante el transcurso del siglo XIX las medidas de saneamiento ambiental impulsadas por el higienismo, el descubrimiento del germen – Teoría Microbiana- como agente causal y la

incesante búsqueda del medicamento—en términos de Dubos- *proyectil mágico*, dieron la errónea idea de que las enfermedades infecciosas cursaban su fin.

Sin embargo, no sólo éstas no desaparecieron sino que comenzó a presenciarse otras formas de enfermedades no infecciosas como principal causa de morbimortalidad. Por ejemplo, los tumores y las enfermedades cardiovasculares.

Llegamos así a la idea de que, por todo lo dicho con anterioridad y en confrontación con los defensores de la visión biologicista, la expresión de lo mórbido mantiene un correlato con las formas predominantes de los modos de producción.

En síntesis, podemos afirmar que la forma que en la historia el homo sapiens logra su reproducción social, su forma de subsistir, de dominar su medio ambiente, de relacionarse y organizarse socialmente, se traduce en una expresión dominante de enfermedad.

## **Argumentos y contraargumentos de la visión social. De la teoría de los miasmas a la Teoría Microbiana.**

### **Los pioneros de la visión social**

Existe cierto consenso, de que el cambio del punto de vista individual al social se dio como consecuencia del incremento de las enfermedades colectivas que aparecieron en el contexto de la Revolución Industrial.

Cabe destacar que ya en 1700, el médico Italiano Bernardino Ramazzini había realizado un minucioso estudio sobre las afecciones propias que se manifestaban en los diferentes oficios de los artesanos. En el mismo describió, sobre trabajadores de 52 ocupaciones, los peligros que para la salud tenía la exposición a los productos químicos, el polvo, los metales, los movimientos repetidores o violentos, las posturas impares y otros agentes, como causal de enfermedades.<sup>1</sup>

Ya en los albores de la Revolución Industrial el austriaco Johann Peter Frank daba cuenta en su libro "*La miseria del pueblo, madre de las enfermedades*", lo que hoy llamamos desigualdad social. En el mismo describió, recorriendo la región de Lombardia, que la gente estaba sumida en la pobreza, la ignorancia y las enfermedades en medio de una región altamente fértil. Exhorto sobre la necesidad de reformas, pero no sanitarias sino reformas económicas y sociales.<sup>2</sup>

Aun así, es a partir del despegue de la Revolución Industrial, que en varios países europeos diferentes médicos preocupados por la salud pública describieron y analizaron el impacto que sobre la salud de la población tenían, tanto la forma de trabajo fabril como las condiciones de alojamiento de esos asalariados.

---

<sup>1</sup> Franco (1999)

<sup>2</sup> Sigerist (2006) 270

En su texto “El espejismo de la salud”, Dubos (1975) rescata a los pioneros que relacionaron las condiciones de vida con las condiciones de salud. Nos relata que en Francia, Louis Villermé, describió las pésimas condiciones de salud que prevalecían en los empacadores de algodón, como ejemplo del daño causado por las malas prácticas industriales a la salud de la clase trabajadora. En Alemania, Rudolf Virchows considerado por muchos como el padre de la Medicina Social, fue uno de los primeros en reconocer que los casos individuales eran sólo un aspecto de la medicina y que las enfermedades colectivas que exigían acción social y política.

Virchows, en el Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia sostenía:

“Esta población no tenía idea de que el empobrecimiento material y mental al que se le había permitido llegar era la causa principal de su hambre y enfermedad y que las condiciones climáticas adversas que contribuyeron al fracaso de sus cosechas y la enfermedad de sus cuerpos no hubieran causado estragos tan terribles de haber sido libres, educados y pudientes. Ya que ahora no puede haber la menor duda de que tal diseminación epidémica de tifo fue posible únicamente bajo las terribles condiciones de vida que habían sido creadas por la pobreza y la falta de cultura”. (Virchows, 2008 [1848]: 13)

Por su parte, el alemán Max Von Pettenkofer consideraba que las enfermedades estaban dadas por las malas condiciones de higiene e impulsó en Munich una serie de reformas en pro del aire y agua puras.

También en Inglaterra, Edwin Chadwick, quién había sido convocado para reformar la Ley de Pobres, consideraba que las enfermedades siempre estaban acompañadas de carencias, suciedad y contaminación y que la salud podía ser restaurada a partir de ofrecer a la población aire, agua y alimentos puros y alojamientos agradables. Sus aportes a la salud pública quedaron plasmados en el informe, de 1842, sobre *“Las condiciones sanitarias de la población obrera”*. Pocos años después, en 1845, Friedrich Engels denunciaba las inhumanas condiciones de vida de la clase obrera en su célebre libro *“La situación de la clase obrera en Inglaterra”*.

### **Teoría de los Miasmas** (Primera mitad del s.XIX )

Llegamos a mitad del s.XIX con la idea que las epidemias se creaban y propagaban por las malas condiciones de vida de la pobreza. Así el ambiente, la suciedad y los olores eran considerados los responsables de las enfermedades.

En ese contexto, algunos médicos preocupados por las cuestiones de salud pública, sostenían que los **miasmas** -vapores u organismos malignos- que se desprendían de los cuerpos enfermos o sustancias en descomposición, atentaban contra la salud de los

habitantes de las ciudades. Lo que provocaba las enfermedades era algo impreciso que estaba en el ambiente.

En ese contexto surge la corriente Higienista, impulsora del saneamiento urbano. Para esta corriente, tanto las condiciones climáticas y estacionales como las condiciones de trabajo y vivienda de las grandes urbes al fragor de la industrialización, era necesario que para controlar las epidemias, había que mantener determinadas condiciones de salubridad en el ambiente de la ciudad. Bregaba por la instalación de agua corriente, cloacas, iluminación en las calles, es decir, centraron sus campañas en pro del aire puro, el agua pura y los alimentos puros.

Dentro de las primeras medidas que se llevaron a cabo en el ámbito público fueron: tapar fangales, alejar industrias, mataderos y cementerios centrales de la ciudad, todas actividades del ámbito público.

Posteriormente, se amplió hacia los ámbitos privados, las casas particulares, proclamando la necesidad de instalar baños en todas las viviendas, reglamentando la altura mínima de los techos, una adecuada ventilación natural de los ambientes, recomendaciones acerca de la limpieza periódica de las casas.

La mejora a partir de la higiene en la vivienda muestra que la lucha contra las enfermedades era de responsabilidad individual y que sólo era responsabilidad política la provisión estatal del saneamiento urbano.

Quedaba claro entonces, que las pésimas e inhumanas condiciones de vida de la pobreza eran la incubadora de las enfermedades, pero las medidas que los higienistas impulsaron apuntaban a mejorar esas condiciones *sin cuestionar las causas* por las que se habían generado las mismas.

En este sentido, higienistas y los pioneros de la medicina social, encuentran como punto en común: que las malas condiciones de vida era la principal razón de la propagación de las enfermedades. Los primeros, encarnaron a la salud pública como las acciones médico sanitarias de prevención, mientras que los segundos, y principalmente desde Virchows, que dentro de las responsabilidades del Estado estaba la de proveer trabajo a los ciudadanos sanos. Es decir, no limitaba el accionar al compromiso y acción de los médicos.

Así encontramos que, tanto Virchow como Guérin defendieron a ultranza las condiciones de saneamiento y provisión de agua potable y fueron los primeros que introdujeron en 1848, el nombre de Medicina Social.

“El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con "los problemas sociales" y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de Medicina Social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados.”(García, J.C. 1984:154).

La teoría sobre los miasmas asociada a las condiciones de vida cobró protagonismo hasta que la ciencia médica descubrió y determinó que la existencia de la enfermedad tenía un responsable directo, el “germen o microbio”.

Los estudios epidemiológicos que John Snow<sup>3</sup> realizó en Londres en 1848, sobre el cólera en Golden Square, demostraron que no eran los miasmas los causantes de la enfermedad sino la transmisión hídrica de un microorganismo.

Aunque Snow no pudo aislarlo ni certificarlo con un microscopio, su aporte se convierte en un antecedente de la Teoría Microbiana.

### **Teoría Microbiana (Teoría del germen)**

Esta teoría data de 1880, cuando Louis Pasteur y Koch conjuntamente con el descubrimiento del microscopio, evidenciaron la presencia de microorganismos en las enfermedades infecciosas.

Con un anclaje en el positivismo del siglo XIX, esta teoría sostuvo que de una causa hay un efecto, y por lo tanto el agente causal de la enfermedad era un microbio y no las emanaciones de las sustancias en descomposición, como sostenía la teoría de los miasmas.

Esta posición asumida por los defensores de la teoría microbiana, generó profundas discusiones que se trasladaron incluso hasta nuestros días.

Los aportes que se habían realizado al calor de las investigaciones de los pioneros de la visión social e incluso de los más acérrimos higienistas, pasaron a segundo plano. Los defensores de la teoría microbiana la minimizaron y terminaron imponiendo su visión biológica, como paradigma científico técnico de la modernidad. Aun incluso, no habiéndose preguntado porque muchas enfermedades se habían reducido con anterioridad a la aplicación de medidas de combate estrictamente biológicas contra los microbios.

René Dubos ilustra muy bien esto al mostrarnos que en realidad, gran parte de las enfermedades se han reducido con anterioridad a la aplicación generalizada de los medicamentos que surgieron de la mano de aquella teoría, al que lo denominó **el proyectil mágico**.

“Es un hecho notable que los mayores logros alcanzados en el mejoramiento de la salud hayan ocurrido en el campo de las enfermedades que respondieron a las reformas sociales y económicas después de la industrialización. Las deficiencias nutricionales, tan recurrentes en el siglo XIX, prácticamente han desaparecido en el mundo occidental; no únicamente por medio de la administración de vitaminas sino como resultado de una nutrición mejor en todos aspectos. El control de grandes epidemias microbianas se hizo posible a la

---

<sup>3</sup> Para ampliar sobre los alcances de los estudios de Snow véase el trabajo: “*El cólera cerca de Golden Square*”, publicado por OPS en 1988.

salubridad y a una mejora general de las condiciones de vida, y no por el tratamiento farmacológico” (Dubos,1975:179)

La teoría microbiana, volvió a imponer el pensamiento que la enfermedad era una **cuestión individual**, que alguien que contrajo o se contagió de un germen se debía atacar a éste y a la parte del cuerpo afectada. Es con esta lógica de pensamiento, que se inicia la fragmentación del cuerpo y en consecuencia la proliferación de la especialización médica que actúa sobre la parte afectada de un individuo y desplaza al sujeto enfermo.

Por otra parte, esta teoría supuso que todas las enfermedades tenían una sola causa y que la sola identificación del agente y su correspondiente tratamiento, le permitiría a la medicina controlar todas las enfermedades infecciosas.

Esta visión ha sido cuestionada en el siglo XX, cuando la forma de producción y acumulación de capital generó otro tipo de problemas y la primera causa de muerte dejó de ser la enfermedad infecciosa para pasar a ser aquellas relacionadas con, por ejemplo, otras formas dominantes de organización social, tanto en el mundo de producción industrial -como por ejemplo, el Taylorismo, el Fordismo y el Toyotismo-, como el laboral, político, cultural, etc.

El crecimiento de las enfermedades no infecciosas y degenerativas como primera causa de morbimortalidad, impuso una reconsideración de la unicausalidad que sostenía la teoría microbiana y dio lugar al enfoque multicausal. El que considera, que la enfermedad es causada por múltiples factores que actúan como determinantes en los riesgos a enfermar.

Ahora bien, hasta aquí hemos desarrollado algunas ideas centrales que explican las diferentes cuestiones que atravesaron las discusiones sobre la enfermedad. En el recorrido propuesto, hemos visualizado también por qué la enfermedad, como expresión individual o colectiva, ha centrado más su atención en el sufrimiento y la dolencia objetivadas como valor negativo, minimizando su relación dialéctica e inseparable con el proceso salud – enfermedad-atención.

Pero ¿qué entendemos por salud?

## **Las definiciones de salud**

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como “El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”.

Esta definición, sin dudas ha sido un gran paso y un claro reconocimiento a pensar propositivamente y no siempre en relación a la enfermedad. No obstante, a partir de los años 60 del siglo XX, fue duramente criticada principalmente por quienes consideraban que la salud y la enfermedad no podían comprenderse aisladas de la determinación histórica, social y económica. Tampoco como separadas u opuestas sino imbricada con los procesos

socialmente determinados que caracteriza el modo de vivir, enfermar y morir de las comunidades humanas.

Además de ser considerada extremadamente general, que sirve para toda la sociedad en cualquier época histórica, la cuestión del “completo estado de bienestar”, se llevó gran parte de las discusiones. Berlinguer, en reiteradas ocasiones relata que “si hombre se presentara en la OMS y declarase: “yo gozo de un completo estado de bienestar físico, mental y social”, arriesgaría a ser considerado un extravagante y tal vez sería encerrado en un manicomio” (Berlinguer, 2003: 21)

En 1978, en Alma Ata y en el marco de la declaración de principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), se la definió como:

“La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.” (Alma Ata, 1978)

Weinstein en su texto *Salud y Autogestión*, realiza una crítica a definición de la OMS, considerándola como a-histórica, utópica, general y que no tiene en cuenta a la comunidad en su propio proceso.

Define a la salud como el “Conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o un colectivo” (Weinstein 1988: 46)

Por su parte, el sanitarista y político argentino Floreal Ferrara sostuvo:

“...la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque con ello deba respetar su situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos”. (Ferrara 1975:46)

En los párrafos anteriores hemos transcritto algunas de las principales definiciones sobre salud y en todas ellas podemos observar por lo menos dos grandes señalamientos: Por un lado, que salud no es la simple ausencia de la enfermedad. Por el otro, que para su correcta interpretación es necesario considerar todas las dimensiones –histórica, política, ideológica, económica, social y -valga la redundancia- religiosa y cultural, que actúan en forma directa o

indirecta y se conjugan para una resolución positiva, favorable y deseable del propio proceso salud enfermedad de un individuo o un colectivo.

## **Determinación social, desigualdad e inequidad en salud**

Las dimensiones mencionadas constituyen los factores condicionantes o determinantes del proceso salud-enfermedad.

Ahora bien, siguiendo este razonamiento, cabe preguntarnos si cada uno de estos factores explica por sí mismos, la buena o mala salud. En caso afirmativo podríamos decir, por ejemplo, que la condición de pobreza definida por ingresos económicos expondría a todas los grupos igualmente pobres a una misma posibilidad de enfermar, aún incluso considerando el mismo tiempo histórico.

Sin embargo, diferentes estudios<sup>4</sup> nos demuestran que la morbimortalidad no está solamente en relación directa a estos factores sino incluso a la forma que los mismos se interrelacionan y se determinan, parafraseando a Benach y Muntaner, *como las causas de las causas*.

Para ilustrarnos al respecto, veamos dos ejemplos uno sobre mortalidad y otro sobre la esperanza de vida:

“Dentro de cada país, el número de años de vida que una persona vive, parecería depender del nivel de renta que la persona tenga. A mayor renta, más años de vida. Con tal renta la persona puede adquirir los recursos que van desde alimentos saludables a ejercicio físico, educación y otros determinantes de su salud que le permite mayor calidad de vida. Pero tal explicación es insuficiente para explicar las enormes diferencias en mortalidad en la población. Así, un trabajador no cualificado con más de cinco años en paro en Harlem, Nueva York, tiene una mortalidad mayor que una persona de clase media de Bangladesh, el país más pobre del mundo; y ello a pesar de que el primero, la persona de Harlem, tiene muchos más recursos (25 veces más renta *per cápita*) que la persona de clase media de Bangladesh. Si el mundo fuera una sola sociedad, la persona de Harlem pertenecería a la clase media, mientras que la de clase media de Bangladesh sería pobre. Sin embargo, la persona promedio de Bangladesh vive más años que la persona de Harlem”. (Navarro, 2008:1)

Del mismo modo podemos analizar la expectativa de vida al nacer. Por ejemplo, si consideramos cuatro nacimientos en el mismo día del año 2013 en diferentes países, la determinación de la esperanza de vida estará dada no por la época histórica que le toco nacer-

---

<sup>4</sup> Para ampliar sobre este punto puede verse los estudios de Benach y Muntaner (200 ) Berlinguer (2007), Navarro (2009), Laurell (1989), entre otros.

que es la misma-, sino por el lugar, la organización social de esa comunidad y la relación geopolítica del país en ese momento histórico.

En el cuadro N°1, observamos que un niño/a nacido en Noruega (N) puede vivir 6 años más que uno nacido en Argentina (A), 16 más que uno nacido en la India y casi 36 años más que el que nació en Sierra Leona (S)

Nos preguntamos entonces, a qué se deben estas diferencias, qué factores intervienen para que la expectativa de vida guarde una distancia de 36 años entre N y S.

El índice de Desarrollo Humano (IDH), que es un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: salud (vida larga y saludable), educación y riqueza (nivel de vida digno), puede acercarnos más a la comprensión de la diferencia. (Ver cuadro 1)

## Cuadro 1

### Esperanza de Vida e Índice de Desarrollo Humano (IDH)- Países seleccionados. 2013

País	Esperanza de vida	IDH	Ranking IDH
Noruega ( N)	81.80	<b>0.944</b>	1°
Argentina (A)	76.19	<b>0.808</b>	49°
India (I)	66.46	<b>0.586</b>	135°
Sierra Leona (S)	45.55	<b>0.374</b>	183°

Fuente. Elaboración propia en bases a datos de PNUD ONU.2013

Este índice, que muestra la relación entre tres indicadores, refleja la desigualdad social existente al interior de cada país y describe la desigual distribución en salud, educación y riqueza. El Ranking del IDH representa en orden jerárquico la ubicación de cada país según el desarrollo humano logrado en la combinación de los tres indicadores. La mayor posición en el ranking muestra la existencia de mayor desigualdad social.

Antes de avanzar a una comprensión más acabada de la determinación social en salud, consideramos necesario detenernos a profundizar tres conceptos que, desde nuestro punto de vista, son claves: **desigualdad en salud**, **inequidad en salud** y **equidad en salud**.

**La desigualdad en salud** es definida por Benach y Muntaner (2009:23) como "aquellas diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural"

Cabe resaltar que las desigualdades en salud hacen referencia sólo a la descripción de las diferencias o disparidades entre indicadores, pero nada nos dicen acerca si éstas son injustas o no. De hecho, no todas las desigualdades en salud son injustas porque, y como nos recuerda Berlinguer no podemos negar las imprevisibles combinaciones genéticas, las biografías de los sujetos y las libres elecciones de individuos que nacen y crecen diferentes.

Sin embargo, cuando las desigualdades son innecesarias, evitables e injustas, entonces esas desigualdades se convierten en inequitativas.

“La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad” (Hernández M. 2012:170)

La **inequidad en salud** ha sido definida por la OMS (1991) como “las diferencias que son innecesarias y que se pueden evitar; y que al mismo tiempo son inaceptables e injustas”

Es importante resaltar cuál ha sido el contexto en el cual se ha definido la inequidad. Hacia fines de los años `70 la oficina regional de la OMS para Europa, comenzó a desarrollarse el programa Equidad en Salud, con la finalidad de examinar el impacto del desempleo y de la pobreza en la salud en los países centrales. En ese mismo momento histórico se publicó el Black Report, investigación realizada en Inglaterra que permitió el estudio de las desigualdades sociales en salud.<sup>5</sup>

La indagación sobre las desigualdades sociales llevo ineludiblemente a clasificar las desigualdades por su origen. Así determinan que las desigualdades pueden estar dadas por condición biológica, estilos de vida, condiciones de vida y trabajo, accesibilidad a los servicios de salud, ubicación social, etc. Definiendo de este modo como inequitativas a aquellas que son innecesarias, evitables e injustas.

En 1991, la OMS define a la equidad de la siguiente manera:

“La **equidad en salud** supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse”

Los ejemplos analizados con anterioridad sobre morbilidad y esperanza de vida, echan luz acerca de que no podemos explicar la desigualdad en salud, a partir solamente de una

---

<sup>5</sup> Para ampliar véase Spinelli ,2008

dimensión sino que es necesario considerar las múltiples determinaciones, que a su vez están determinadas por otras relaciones con otras dimensiones también determinadas.

Entonces, ¿de qué hablamos cuando hablamos de determinantes y de determinaciones sociales en salud?

Por un lado, encontramos la definición de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que sostiene:

“Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias 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 depende a su vez de las políticas adoptadas”...“Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”. (OMS, 2005)

Esta definición es criticada desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva en cuanto no cuestiona las causas que generan la distribución desigual de poder en la determinación histórica.

“Los determinantes sociales de la salud pueden ser entendidos como las expresiones concretas de la determinación social y se configuran para momentos particulares y sociedades y grupos específicos. Por tanto, no deben pensarse como un listado preconcebido de condiciones, ni mucho menos como ‘factores sociales’ de aplicación general, ni pueden ser reducidos a conjuntos de datos empíricos, estadísticos o indicadores observables escindidos de las relaciones de determinación que les dan orden y sentido” (López Arellano, 2012:146)

Este enfoque reconstruye e interpreta la totalidad social, hace visible los procesos sociales esenciales y define a la **Determinación Social de la Salud** como

“la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de configuración histórica” (Arellano 2012: 145)

A modo de síntesis, esta perspectiva nos permite comprender que las formas que asume la salud, la enfermedad y la muerte de los individuos y su colectivo, tienen su origen en la

organización social. A su vez, reafirma que estas cambian con el proceso histórico, político, económico y social conforme a las relaciones de poder y dominación que allí se expresan.

## **El derecho a la salud**

Giovanni Berlinguer (2002) nos recuerda que el derecho a la salud se constituyó como tal cuando estuvieron dadas las condiciones históricas para su surgimiento, comprendido incluso el conocimiento científico.

Si bien este derecho tiene antecedentes en el siglo XIX, principalmente como expresión de las luchas por mejorar las deterioradas condiciones de vida generadas a partir de la Revolución Industrial, existe consenso que las condiciones para su constitución formal ocurrieron en el siglo XX.

Michel Foucault (1993), sitúa la consolidación del derecho a la salud en Inglaterra conjuntamente con la elaboración del Plan Beveridge, el cual afirma, sirvió de modelo a la organización de la salud tanto para Inglaterra como para otros países. Considera que con este plan, el Estado se hace cargo de la salud. Si bien reconoce que como función del Estado no es una novedad, sí lo era con relación a la garantía de la salud física, la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados para los individuos.

La formulación expresa de este derecho es enunciada por la OMS en 1948, poco después que finalizara la II Guerra Mundial y se creara la Organización de las Naciones Unidas, en estos términos:

“...el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, de religión, credo político, condición social o económica”.

Así definido este derecho es concebido con un fin positivo, aunque la meta no pueda ser totalmente alcanzable hoy se está más cerca, tanto por los conocimientos adquiridos, los medios técnicos, las políticas, los recursos disponibles, como por los esfuerzos que realicen los diferentes sujetos.

Esta formulación conjuntamente con los pactos y convenciones a favor de los derechos humanos, han incidido directamente en la formulación e incorporación de este derecho en las Cartas Magnas de varios países. Cabe resaltar también que el sujeto sobre el cual recae el objetivo de la salud es el Estado, tal como lo expresa la OMS.

“El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones

de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano” (OMS 2007).

Ahora bien, más allá de los principios enunciados, en la realidad, este derecho ha sido vulnerado aun en los países donde sus Constituciones lo consideraban como tal. Este no cumplimiento puede ser analizado a la luz de otras determinaciones políticas y económicas en un plano de contexto mayor.

Es decir, mientras el modelo de Estado de Bienestar mantenía su apogeo, el derecho a la salud encontró un cumplimiento más cercano a su propia meta. En la medida que se impuso el mercado como el nuevo protagonista en el diseño y orientación de las políticas sociales el derecho a la salud comenzó a quedar recortado al derecho a la asistencia sanitaria. Y en este sentido, desde los años '80 del siglo pasado se va consolidando este derecho, en detrimento el derecho a la salud construido en base a la solidaridad. Como dice Berlinguer el derecho a la asistencia pertenece más a la esfera de los derechos sociales y está conectado a la modificación de las formaciones económicas sociales y hasta de la modalidad política que la fija. Depende sustancialmente de la convergencia de intereses compatible con otras exigencias.

Tal ha sido la imposición de estos lineamientos que la propia OMS, que ha perdido su rol rector frente al avance del neoliberalismo y ha reducido el derecho a la salud al cumplimiento de cuatro elementos relacionados con la atención sanitaria, a saber:

- **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
  - no discriminación
  - accesibilidad física
  - accesibilidad económica (asequibilidad)
  - acceso a la información
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

De lo mencionado anteriormente se comprende que el derecho a la atención sanitaria solo es un aspecto del derecho a la salud, y que la reducción a la mera atención sanitaria manifiesta una comprensión biológica de la salud, es decir, como ausencia de enfermedad.

Desde la perspectiva de la Medicina Social/Salud Colectiva, la salud tiene la característica de ser, por un lado, un derecho en sí mismo y, por el otro, una condición habilitante para el ejercicio de otros derechos.

Derecho a la Salud es solo una parte de la integralidad de los derechos, dentro de los que se encuentra la salud. Y esto se explica porque las condiciones de salud de las personas, varían según el grado de libertad que viven, de la vivienda que habitan, del acceso a alimentación adecuada, al vestido y trabajo. Y es ésta interdependencia la que somete a mayores vaivenes el real cumplimiento de este derecho. Por todo esto, para esta corriente es necesario ampliar la mirada del derecho a la salud más allá de la salud y de lo asistencial.

La reducción del derecho a la salud al sector sanitario, es decir cuando se enlaza la idea del derecho a la salud exclusivamente con la atención de la salud, se incurre en la reducción conceptual del derecho a la salud, la asistencia es tan solo una parte del todo.

## **Reflexiones finales**

En el recorrido que hemos propuesto para este capítulo, hemos buscado dar cuenta que la salud y la enfermedad no son hechos aislados, sino que constituyen un mismo fenómeno del ciclo vital tanto individual como colectivo.

El análisis y la demostración del carácter histórico y social de la enfermedad permiten descartar la idea de que la enfermedad es solo un acontecimiento biológico e individual, ubicándola en el plano histórico social de los grupos humanos. A su vez, la correlación entre la prevalencia de ciertas enfermedades y la organización social propia de cada formación social, reafirma la idea de la determinación social del proceso salud-enfermedad.

Para la perspectiva de la Medicina Social/Salud Colectiva las formas de sentir, vivir, enfermar y morir de los grupos humanos están determinadas por las relaciones de poder y dominación hegemónicas, establecidas por los modos de producción, acumulación y apropiación de los recursos naturales y económico-sociales de cada sociedad.

También los cambios generados por reivindicaciones a favor de la equidad y el derecho a la salud se encuentran determinados y sujetos a la reproducción de la ideología que sostiene el sistema económico político predominante. Mecanismo que explica la lógica del modelo médico hegemónico y la medicalización de la vida cotidiana imperante en nuestros días.

Los conceptos que analizamos en este capítulo estuvieron, dirigidos a profundizar la comprensión del proceso salud enfermedad como un problema social, y buscaron crear nuevas motivaciones para seguir problematizando la salud colectiva.

## Bibliografía

- Berlinguer, Giovanni. (1994) *La Enfermedad*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Berlinguer, Giovanni. (2002). "La Salud Global". En: *Bioética cotidiana*, Cap. V. Siglo XXI. México
- Berlinguer, Giovanni. (2003) *Ética de la Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Berlinguer, Giovanni (2007) "Determinantes sociales de las enfermedades". En. *Revista Cubana de Salud Pública* v. 33(1): 1-14.
- Dubos, René (1975). "La búsqueda filosófica de la salud". Págs. 158-181. En: *El espejismo de la salud*. FCE, México.
- Benach Joan y Muntaner Carles (2005). "La diferencia no es desigualdad" En: *Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud? Cap.2 IAESP*. Venezuela.
- Benach, Joan y Muntaner, Charles (2009). "La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo " En: *Ecología Política*: No. 37, junio de 2009, Barcelona.
- Czeresnia, Dina. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En: "Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias". Czeresnia, Dina y Machado de Freitas C. Compiladores. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Escudero, José C. (2011). "Sobre la salud colectiva." En: *Voces en el Fenix*. Año 2, Nº 7. En: *Estado Crítico*. Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Económicas- UBA.  
[www.vocesenelfenix.com](http://www.vocesenelfenix.com)
- Escudero, José C. (2012) "Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia en salud". En *¿Determinación social o determinantes sociales en salud?*. Eibenschutz Hartman, Catalina y col – Compiladores- UAM-X. México
- Spinelli, Hugo y col. (2008) "Equidad en salud: teoría y praxis" En: *Salud Colectiva*. Hugo Spinelli compilador. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Foucault, Michel (1993). "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires. Ed. Altamira.
- Franco, Giuliano.(1999) *Ramazzini and worker's health*. *The Lancet*. v. 354: 858-861.  
Disponible en [doi:10.1016/S0140-6736\(99\)80042-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)80042-7)
- García, Juan C. (2007) "Juan Cesar García entrevista a Juan Cesar García" En: *Medicina Social* V.2Nº3:153-159. Disponible en [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)
- Granda, Edmundo. (2004). ALAMES. "Veinte años. Balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina". IX Congreso de Medicina Social. *La Salud como derecho a conquistar*. Lima, Perú.
- Hernández, Mario (2012) "Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones". En *¿Determinación social o determinantes sociales en salud?*. Eibenschutz Hartman, Catalina y col – Compiladores- UAM-X. México

- Iriart, Celia y col. (2002). "Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos" En: Revista Panamericana de Salud Pública. v. 12(2):128-136
- Laurell, Asa C. (1982): "La salud enfermedad como proceso social". En: Cuadernos Médicos Sociales N° 19: Rosario: 1982.
- Mahler, Halfdan (1981). "El sentido de "la salud para todos en el año 2000". En: Foro Mundial de la Salud v.2(1): 5; Ginebra.
- Mc Keown, Thomas (1990). El origen de las enfermedades humanas. Crítica. Barcelona.
- Navarro, Vicenç.(2008). "Desigualdades sociales, calidad de vida y salud". En: Sin Permiso. Disponible en <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=1827>
- OMS (2005) "Determinantes sociales en salud". Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- OMS (2007) "Derecho a la salud". Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- Ponting, Clive. 1995. Historia verde del Mundo. Cap.11.Paidós. Madrid
- PNUD- ONU. (2014) <http://hdr.undp.org/es/2013-report> y <http://www.datosmacro.com/idh>
- Sigerist, Henry. (2006) "Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social". En: Salud Colectiva 2006, vol.2, N°3 :269-279 .
- Snow, John (1988) "El cólera cerca de Golden Square". En: Buck Carol et al. El desafío de la epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas. OPS, Publicación científica N° 505, pp. 446-449. Washington.
- Ugalde, Antonio. & Homedes, Nuria. (2008). "La transformación de las estructuras globales de poder su impacto en la salud" En: Palimpsestvs N° 6:15-24. Revista de la Fac. de Cs. Humanas de la Univ. Nac. de Colombia. Bogotá. Colombia.
- Virchows, Rudolf. (2008) [1848] Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia Medicina Social Volumen 3(1). -16 Disponible en <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/176/377>
- Weinstein, Leonardo (1988). "El Concepto de Salud". Capítulo 1. En: Salud y Autogestión. Ed. Nordan. Montevideo.