

# La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales<sup>1</sup>

---

André-Pierre Contandriopoulos<sup>2</sup>

## Resumen

*El artículo se ocupa de las categorías utilizadas y las disciplinas involucradas en el análisis de la salud, la enfermedad, el bienestar y sus determinantes. Se apoya para hacerlo en estudios empíricos sobre la salud y sus determinantes, explorando la idea de que la salud no es un continuo que va desde el bienestar más completo hasta la muerte, pasando por la enfermedad, sino un concepto complejo, socialmente construido, que*

## Palabras clave

Ciencias sociales y salud, ciencias de la vida, determinantes de salud y enfermedad, políticas de salud.

## Keywords

Social sciences and health, sciences of life, determining factors of health and illness, health policies.

La salud se ubica hoy, al comienzo del siglo XXI, en el centro de numerosos debates en los países desarrollados. Para convencerse de ello, es suficiente leer los periódicos y escuchar las noticias. Todos los días se habla de problemas del sistema de servicios, de descubrimientos científicos que permiten esperar el abatimiento de tal o cual enfermedad, las expectativas de la población en relación al gobierno... Así, por ejemplo en el discurso del Trono (1999), la gobernadora general del Canadá, Sra. A. Clarkson, declara: “*Los canadienses esperan que sus gobiernos trabajen de manera concertada para asegurar que el sistema de salud de Canadá siga siendo moderno y viable. Por consiguiente actuaremos para que nuestro sistema de salud nacional responda a las necesidades cambiantes de todos los canadienses... que los gobiernos ayuden a las fa-*

1. Traducido de Contandriopoulos A-P, 1999. “La Santé entre les Sciences de la Vie et les Sciences Sociales”, *Ruptures* 6 (2): 174-191, Universidad de Montreal.

2. Contandriopoulos, André-Pierre. Profesor Titular en el Departamento de Administración de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Montreal, Canadá.

*toma en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de la felicidad y la enfermedad. En ese marco analiza las condiciones de elaboración de las políticas de salud, alertando frente a dos tentaciones potencialmente nocivas: la tentación tecnocrática y la tentación biotecnológica. Propone establecer un verdadero diálogo entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales, procurando encontrar aquello que, en lo social, opera para mejorar la salud. La emergencia de una nueva concepción sobre la salud, la enfermedad y sus determinantes permitirá asumir el riesgo de transformar democráticamente el sistema de atención médica y al mismo tiempo la sociedad, valorizando las políticas que sean portadoras de salud.*

## Abstract

*The article deals with the categories employed and the disciplines involved in the analysis of health, illness, well-being, and their determining factors. To do this, it takes as a starting-point empirical studies on health and its determining*

3. Lo que caracteriza al Estado Moderno, según Foucault (1997: 223) “*es lo que se podría denominar la toma en cuenta de la vida por parte del poder: si ustedes quieren, la toma del poder sobre el hombre en tanto ser vivo, una suerte de estatización de lo biológico... que yo llamaría un ‘biopolítica’ de la especie humana*”.

4. El Ministro de Salud de Canadá, Alan Rock, declaraba ante la Asociación Médica Canadiense, en 1977: “*Para los canadienses, el sistema de servicios de salud no es un programa gubernamental cualquiera. Representa un derecho para los ciudadanos. Refleja y concretiza ciertos valores y ciertos principios de la identidad canadiense. Si nosotros, en tanto gobierno o proveedores de atención, no logramos reconstruir el sistema de servicios, es al país entero al que habremos dejado caer*”.

*milias a salir del ‘círculo de la pobreza’, que inviertan en favor de ‘los niños muy pequeños’, que aseguren ‘la calidad del ambiente’, que combatan ‘la criminalidad’, que controlen ‘las colectividades más fuertes’...”*. En una palabra, señala que la legitimidad del Estado Moderno<sup>3</sup> descansa, como decía Foucault “*en su capacidad de hacerse cargo de la vida, cuidarla, multiplicarla, de recompensar los riesgos, de recorrer y delimitar las oportunidades y posibilidades biológicas*” (Foucault, 1997). Es por ello que las cuestiones vinculadas a salud siguen teniendo tanta importancia en los países desarrollados.<sup>4</sup>

Todas las sociedades desarrolladas consideraron, al terminar la segunda guerra mundial, que sería posible, en razón de los éxitos espectaculares de la medicina moderna, eliminar las disparidades en salud, volviendo accesibles a todos los ciudadanos la totalidad de los servicios de salud médicamente necesarios, en el marco de sistemas públicos de seguro de enfermedad.

Ese optimismo cedió lugar rápidamente al desencanto; las desigualdades de salud entre las diferentes categorías laborales son hoy tan grandes como en el momento de la introducción del seguro de enfermedad, incluso aunque la esperanza de vida aumentó muy rápidamente durante la segunda mitad del siglo XX en todos los países desarrollados.

Sin embargo, si bien el seguro de enfermedad no tuvo efecto en la reducción de las diferencias en salud, tuvo tres grandes consecuencias. En primer lugar, acrecentó considerablemente el sentimiento de seguridad de todos en relación a la enfermedad; en segundo término, gracias a su financiamiento público, constituyó un formidable sistema de redistribución de la riqueza entre las categorías socioprofesionales, y entre los sanos y los enfermos, por consiguiente, colaboró para volver a la sociedad más equitativa; y, finalmente, se convirtió en un sector esencial de la actividad económica: hoy, en Quebec, más de un trabajador sobre diez trabaja directamente en el campo de la salud.

El sistema público de seguro de enfermedad contribuyó de manera muy importante en la constitución y mantenimiento de la legitimidad del Estado

*factors, exploring the idea that health is not a continuum ranging from the fullest well-being to death, passing through illness on the way, but is instead a complex concept, socially constructed, which takes into account the perpetual tension between adaptation to life and the environment, the pursuit of happiness, and illness. Within that framework, the article analyses the conditions determining the elaboration of health policies, and cautions against two potentially noxious temptations: the technocratic temptation and the biotechnological temptation. It proposes to establish a real dialogue between the sciences of life and the social sciences, seeking to find that which in the social sphere, operates to improve health. The emergence of a new conception of health, illness, and their determining factors shall make it possible to assume the risk of democratically transforming at the same time the health care system and society, favouring policies that are bearers of health.*

ante los ojos de los ciudadanos. En Canadá, en 1995, más del 60% de la población pensaba que funcionaba bien y el 73% consideraba que había contribuido a mejorar la calidad de vida en el país (EKOS, 1996). Es en parte gracias a esta popularidad, que el costo de los sistemas pudo, en todos los países desarrollados, aumentar más rápidamente que la riqueza colectiva hasta mediados de los años 90. En Canadá, por ejemplo, los gastos totales en salud pasaron del 5,5% del PBI en 1960 al 10% en 1992 (ubicando a Canadá entre los países más generosos del mundo).

Sin embargo, a partir de 1993, la globalización de la economía obligó a los gobiernos a sanear sus finanzas públicas para mantener su posición competitiva en el mundo, y sobre todo para conservar una autonomía suficiente en relación a los mercados financieros, de modo de gobernar de manera democrática. Los gobiernos de Canadá y de las provincias, teniendo en cuenta el peso de la deuda pública (18% de gastos del Estado en Quebec) y la imposibilidad de aumentar los impuestos, han debido, para equilibrar sus presupuestos, reducir sus gastos y por consiguiente los gastos en salud que constituyen alrededor de un tercio de sus presupuestos.

En Canadá, el equilibrio de las finanzas públicas se logró de modo brutal en menos de cinco años. La parte de los gastos totales de salud en el PBI pasó de 10,2% en 1992 a 9,2% en 1997 (OCDE, 1999). Si bien la rapidez de esta disminución es notable —ningún otro país de la OCDE llegó a producirla— ¡las consecuencias en términos de acceso a la atención y de satisfacción de la población son también notables y únicas!

El porcentaje de la población que piensa que la accesibilidad a los servicios se ha deteriorado es considerable: en 1998 (AMC, 1998), más del 70% de la población canadiense estimaba que los plazos de espera ante una urgencia y para una cirugía se deterioraron durante los últimos años, más del 60% se quejaba de la falta de disponibilidad de enfermeras y médicos especialistas, 86% atribuía a los recortes presupuestarios la baja calidad de los servicios disponibles en la comunidad. Más del 50% de la población se declara dispuesta a aceptar una cierta privatiza-

ción del financiamiento de los servicios para salir de esta situación. Y, sin embargo, cuando se interroga a los canadienses sobre sus valores, manifiestan una gran adhesión a los grandes principios sobre los cuales se apoya el sistema de salud canadiense: un 93% considera muy importante la universalidad, 85% la accesibilidad y 88% la integridad de la cobertura (Forum National sur la Santé, 1996).

Se hace evidente así la situación paradójica en que los gobiernos se han colocado. Por una parte, los imperativos económicos los obligan a reducir sus gastos para tener un presupuesto equilibrado, a falta del cual su dependencia hacia los mercados financieros les impedirá conservar una autonomía suficiente para gobernar de manera democrática y mantener una posición competitiva en el mundo. Y, por la otra, los cortes que esto impone en los programas sociales y en particular en el régimen de seguro de enfermedad, cuestionan las bases mismas sobre las cuales descansa la legitimidad del Estado y, por consiguiente, su capacidad de poner en marcha la racionalización que impone la lógica económica.

El Estado debe por consiguiente, de manera simultánea, mantener un sistema público de seguro de enfermedad que es percibido por la población como un elemento central de su legitimidad y transformarlo en profundidad para no hipotecar la supervivencia de la sociedad. Esto solo puede resultar de un largo y difícil proceso de negociación entre los grupos sociales comprometidos.

Las transformaciones consideradas para tener éxito están acompañadas de una redistribución de los recursos materiales, financieros y también simbólicos entre tales grupos, es decir de cambios en las posiciones relativas que ocupan en la sociedad. Cambios que, para tener éxito, implican modificaciones en sus sistemas de valores y de creencias: es decir, en la estructura simbólica que permite a los diferentes actores y al mundo que los rodea encontrar un sentido a lo que se hace. La posibilidad de transformar el sistema de salud descansa así en parte sobre cambios en la forma en que concebimos la salud, la enfermedad y el bienestar, en aquello que los determina, y en las relaciones que existen entre tales concep-

tos, es decir en la comprensión del objeto mismo del sentido de salud.

El fin de este artículo es apoyarse en los resultados de estudios empíricos sobre la salud y sus determinantes, para clarificar las categorías utilizadas y las disciplinas movilizadas para hablar de la salud, la enfermedad, el bienestar y sus determinantes. Y explorar las implicaciones de la idea referida a que la salud no es un continuo que va desde el bienestar más completo hasta la muerte, pasando por la enfermedad, sino un concepto complejo, socialmente construido, que toma en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y la enfermedad.

Comenzamos por analizar la esperanza de vida en los países de la OCDE. Mostramos enseguida que las disparidades de salud de una población están fuertemente asociadas a las diferencias en la posición social ocupada, en las condiciones de vida, en el sentimiento del control que se tiene sobre la propia existencia y en los hábitos de vida. Finalmente, en la tercera parte, proponemos algunas hipótesis sobre los mecanismos por los cuales lo social influencia lo biológico. Concluimos con una discusión de las implicaciones de nuestras reflexiones sobre las políticas de salud.

## **Esperanza de vida, gastos de atención y riqueza colectiva**

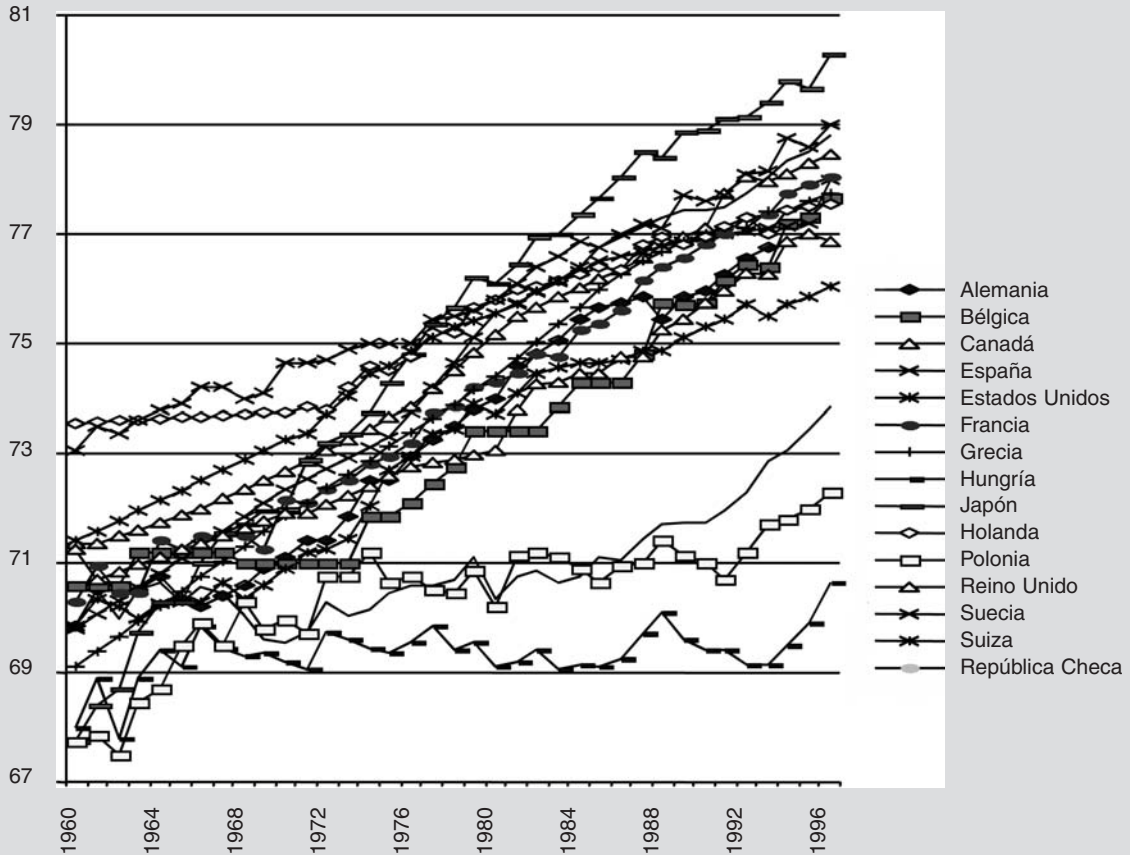
Una primera mirada sobre el Gráfico 1 muestra que la evolución de las esperanzas de vida en los diferentes países de la OCDE está lejos de ser uniforme, y que las diferencias entre los países observados se han amplificado. (Contandriopoulos, 1999).

Esta diversidad suscita numerosos interrogantes, entre ellos:

1 ¿Cómo explicar las ganancias en longevidad de la población japonesa? En 1960 los japoneses vivían en promedio menos tiempo que las poblaciones de los otros países de la OCDE, y hoy tienen la esperanza de vida más elevada. La separación de dos años entre el nivel de esperanza de vida de los japoneses en 1997 y el de los franceses, por ejemplo, es considerable. Dos años es la esperanza de vida que ganaron los

**GRAFICO 1**

**ESPERANZA DE VIDA MEDIA (HOMBRES Y MUJERES)**



Fuente: Eco-Santé 1999

franceses a lo largo de diez años. Tales ganancias corresponderían, según trabajos recientes en epidemiología, a los beneficios en salud que se hubieran podido obtener si hubiera sido posible eliminar el 80% de la mortalidad producida por cáncer.

2 ¿Por qué los antiguos países de Europa del Este, que estaban en la media en términos de esperanza de vida en 1960 no han podido mantener su posición? ¿Por qué se han separado de la trayectoria seguida por los otros países hasta el comienzo de los años 90? ¿Por qué esta tendencia se ha invertido a partir de ese momento, y su esperanza de vida ha recommenzado a aumentar rápidamente?

3 ¿Cómo se explica que la esperanza de vida en los EE.UU., el país más rico del mundo, sea inferior a todas aquellas de los países considerados, excepto tres naciones de Europa del Este?

4 ¿Cómo explicar que países como Suecia y Holanda no hayan logrado conservar el avance que mostraban en los años 60?

5 ¿Qué tienen en común Grecia, Francia, Suiza y Canadá, para que la esperanza de vida en estos países sigan trayectorias similares?

6 ¿Por qué en Hungría ha disminuido la esperanza de vida de los hombres en los años entre 1970 y 1980, mientras que la de las mujeres ha avanzado, lenta pero regularmente?

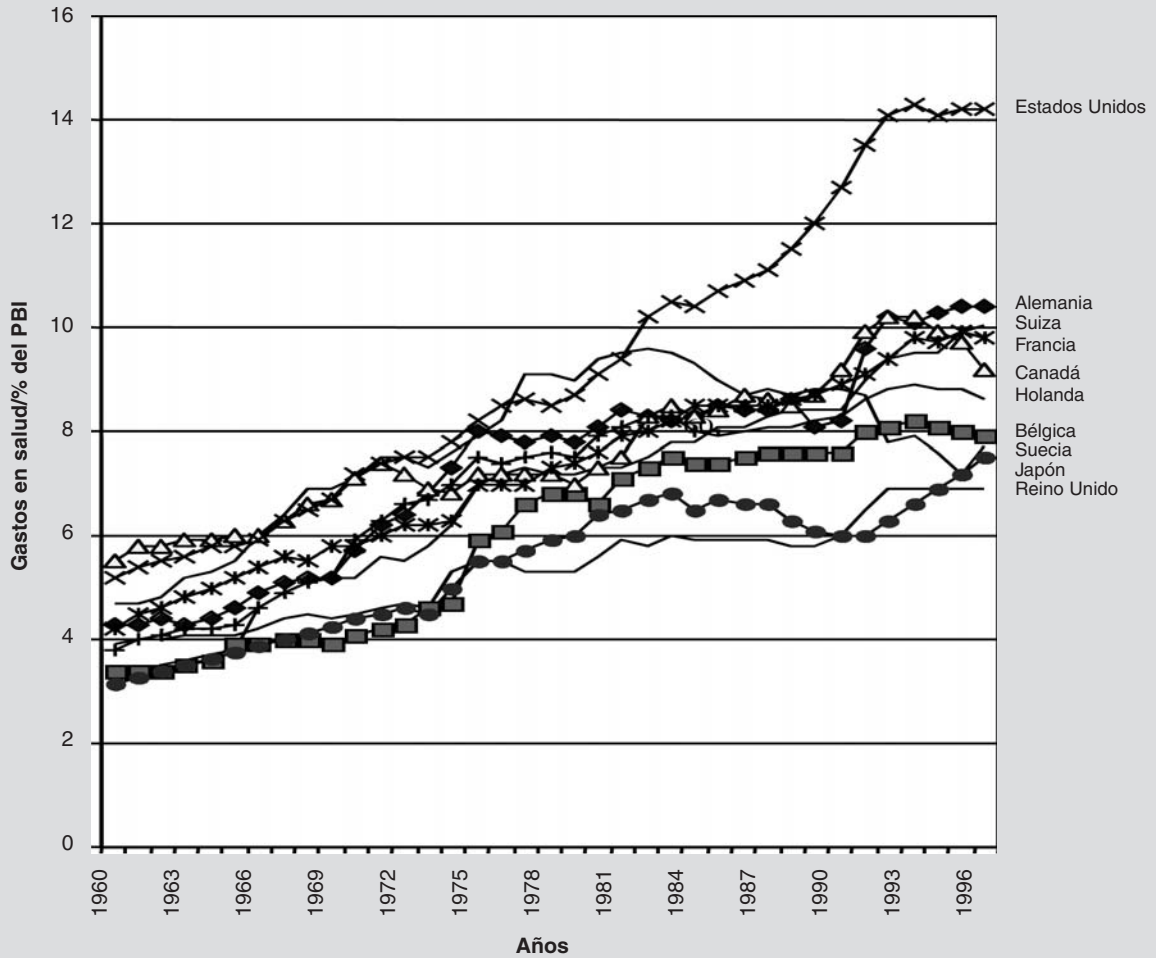
No hay respuestas simples para estos interrogantes. Ni los gastos de salud (Gráfico 2, en página siguiente) que expresan la capacidad que se garantiza un país para tratar a las personas enfermas, ni la riqueza (Gráfico 3, en página siguiente), pueden explicar las diferencias en las trayectorias de esperanza de vida.

La ausencia de relación entre los gastos de salud y la esperanza de vida es particularmente interesante. A co-



**GRAFICO 2**

**GASTOS TOTALES EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PBI (1960-1996)**



Fuente: Eco-Santé 1999

mienzos de siglo, los progresos extraordinarios de la medicina científica permitieron creer que bastaba hacer accesibles de manera universal los servicios de atención médica, el acceso al hospital y los medicamentos... para que la salud de la población mejorara y sobre todo para que las disparidades entre los diferentes grupos sociales desaparecieran. Hoy, es necesario reconocer que ese objetivo no se ha alcanzado. Por un lado, las desigualdades frente a la salud son tan grandes como a comienzos de siglo, por el otro, no es posible atribuir al sistema de atención el aumento de la esperanza de vida.

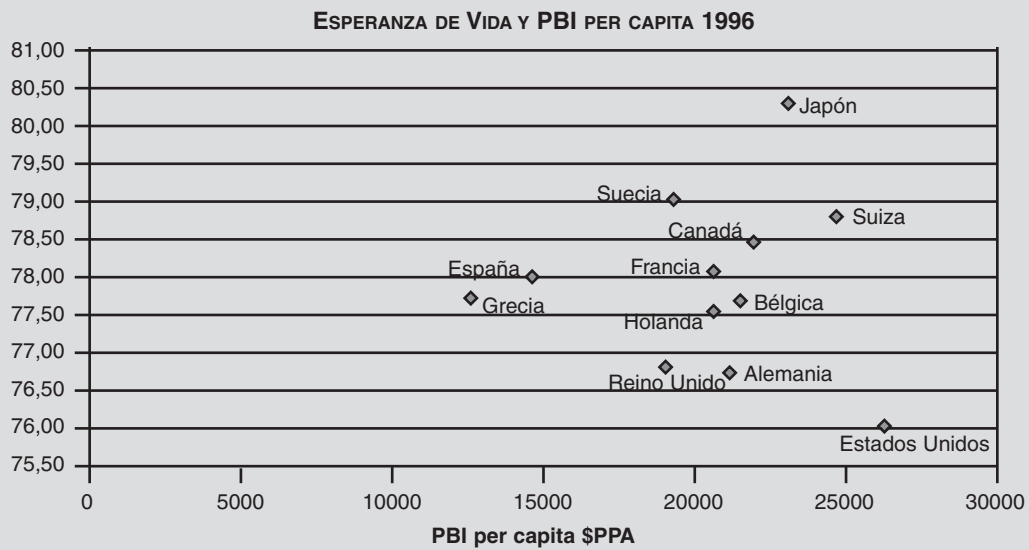
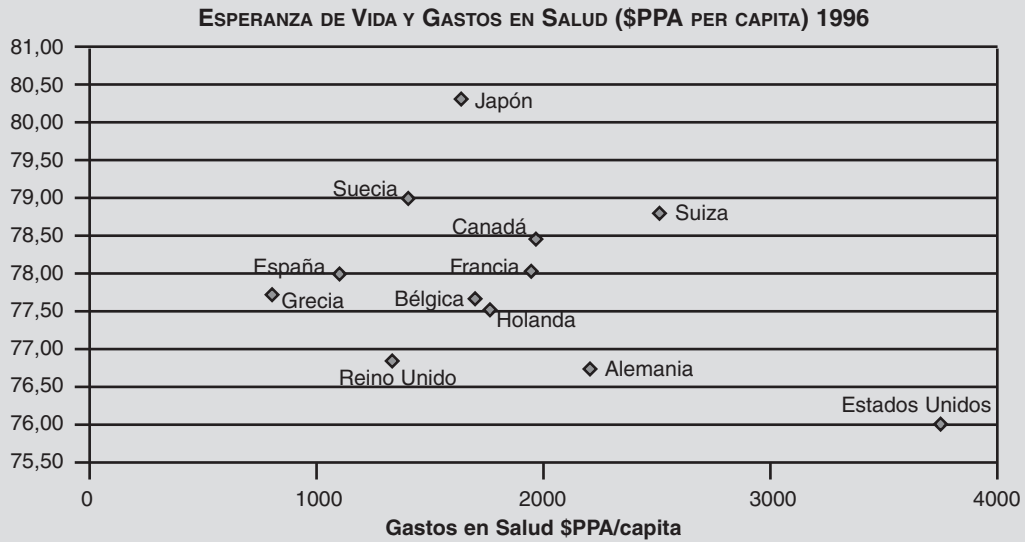
Sin embargo, si bien no se puede atribuir el aumento de la esperanza de vida (o, para los hombres en Hungría, su disminución) al sistema de atención

y a la eficacia de la medicina, esto no significa afirmar que la medicina es inútil o ineficaz. Esto quiere decir, muy simplemente, que es necesario no confundir el objeto inmediato de la medicina: prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades específicas, con los factores que actúan sobre la longevidad de una población (Hurowitz, 1993; Forum National sur la Santé, 1996).

En las sociedades desarrolladas, la implementación de sistemas de atención médica constituye la respuesta institucional al derecho de ser tratado cuando se está enfermo, derecho que resulta del valor acordado a la protección del ser vivo y a la dignidad humana. En efecto, es posible preguntarse con Canquilha (1966) “¿Cómo una necesidad humana y terapéutica habría engendra-

**GRAFICO 3**

**GASTOS EN SALUD, PBI PER CAPITA Y ESPERANZA DE VIDA**



Fuente: Eco-Santé 1999

do una medicina progresivamente más clarividente sobre las condiciones de la enfermedad, si la lucha de la vida contra los innumerables peligros que la amenazan no hubiera sido una necesidad vital, permanente y esencial?”. Sin embargo, las variaciones que existen entre los países en la manera en que ese derecho ha sido efectivizado, no bastan para explicar las diferencias en la esperanza de vida ilustradas en el Gráfico 1.

Los fenómenos que condicionan la duración de la vida parecen ser de naturaleza diferente que aquellos que se ge-

neran en el momento del tratamiento de las enfermedades. Para avanzar es necesario tener en cuenta el ambiente, la posición social, las condiciones de vida y de trabajo, los hábitos de vida, todo aquello que usa, más o menos prematuramente, la vida (Drulhe, 1996), o también, lo que constituye un “valor negativo” para la vida (Canguilhem, 1996).

**Medio ambiente y salud**

Si se admite que existen determinantes ambientales de la salud se debería

estar en condiciones, en primer lugar, de observar similitudes en el estado de salud de personas que pertenecen a un mismo grupo social, económico o geográfico, y diferencias entre personas que pertenecen a grupos diferentes. En segundo lugar, se debería constatar que las similitudes y las diferencias se reproducen en el tiempo y en el espacio. Si, además, la explicación de tales variaciones descansa sobre hipótesis teóricas creíbles, será fuerte la presunción de una causalidad entre los factores ambientales y la salud. Los resultados de trabajos empíricos y teóricos muestran que ese es el caso en la actualidad.

Las características de los ambientes en los cuales las poblaciones viven, trabajan, se reproducen, afectan su estado de salud, incluso aunque se controle por las diferencias en los factores individuales de riesgo. La idea que el ambiente social influencia la salud de la población está cada vez más reconocida en general (OMS, 1998). Sin embargo, para que este reconocimiento pueda ubicarse en el origen de verdaderas políticas de salud, es necesario llegar a comprender de manera más explícita cómo el ambiente afecta la salud. Lo necesario, no es saber “¿por qué un paciente tiene tal o cual enfermedad en un momento determinado?”, sino “¿por qué en una población, la morbilidad o la mortalidad es diferente de la observada en alguna otra?” (McKinlay et al. 1989).

Para explicitar el sentido de las relaciones entre los diferentes factores que condicionan la salud de la población, se puede comenzar por los más generales, aquellos que estructuran la manera en que la sociedad está organizada (Frenk et al., 1994). Su influencia sobre la salud de los individuos es ciertamente importante, pero muy difusa.

El contexto en el nivel sistémico (Gráfico 4) está estructurado por las relaciones entre, por un lado, el ambiente físico (clima, geografía, recursos naturales, urbanismo, higiene pública, contaminación, medio de trabajo, parque inmobiliario, red caminera...) y, por otro lado, el ambiente social. Este último resulta, en una sociedad dada, en un momento determinado, de la interacción que se establece entre la estructura simbólica, es decir los valores y la cultura de esa sociedad y sus modalidades de organi-

zación. Tales modalidades están constituidas por el conjunto de leyes, instituciones, tradiciones, que definen el rol y funciones del Estado y de la sociedad civil, así como las reglas y las normas que organizan la actividad económica y las relaciones sociales. Es este contexto el que, teniendo en cuenta las características de la población, se ubica en el origen de la prosperidad de la sociedad, de su carácter más o menos igualitario, de su constitución y el mantenimiento de su capital social (Putmann, 1993) y también de su estructura social y de las condiciones de vida de la población.

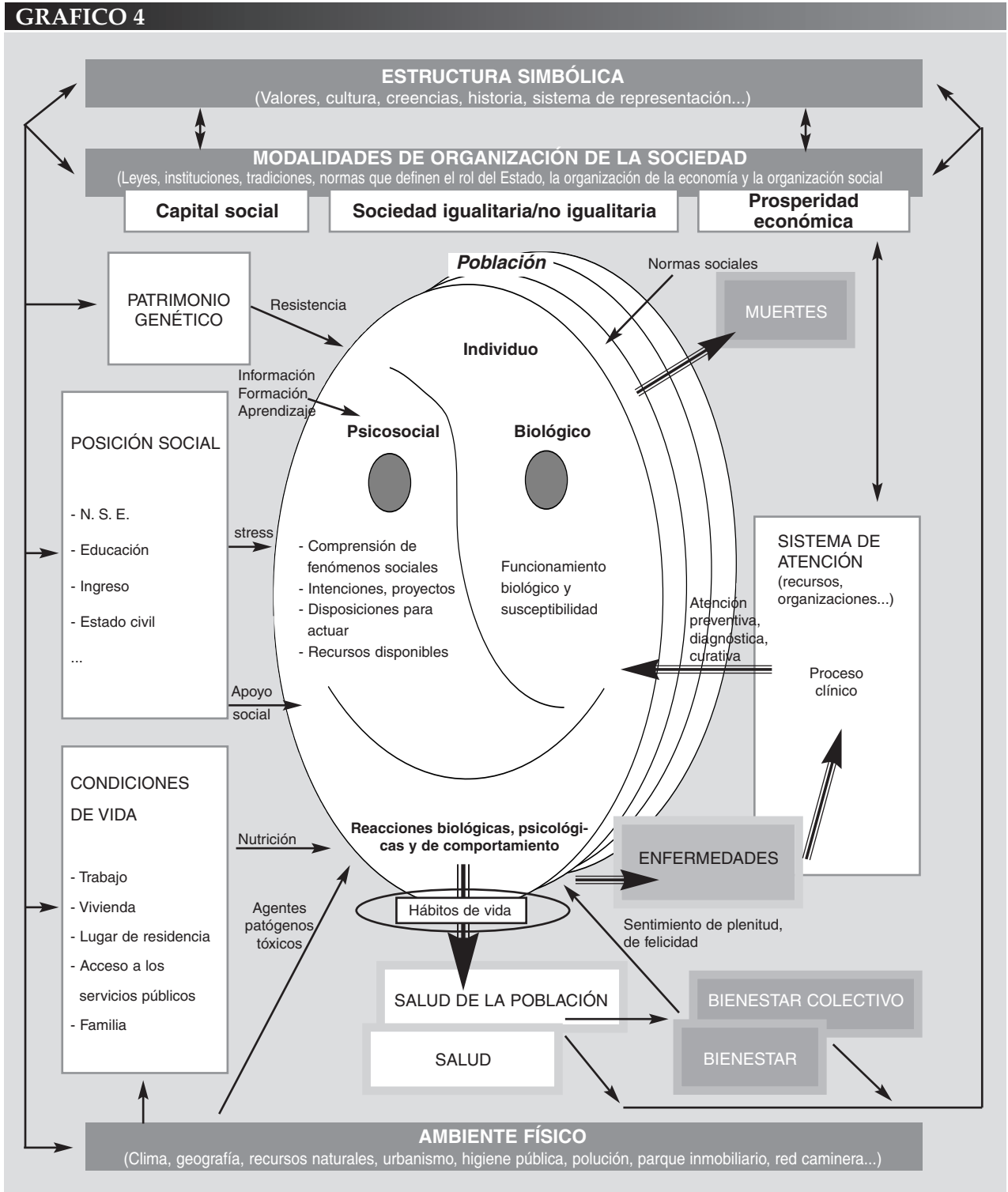
La estructura social se refleja en la posición social ocupada por diferentes actores: depende directamente de los mecanismos de redistribución de los diferentes recursos (dinero, poder, influencia...) de la división del trabajo y de las condiciones de acceso a los diferentes servicios públicos. La posición social de un actor está determinada por el grado de control que ejerce sobre los tres grandes tipos de capital (económico, cultural y social) que son valorizados en la sociedad.

Las condiciones de vida dependen de las condiciones de trabajo y vivienda, de la organización familiar y de los diferentes bienes y servicios consumidos por familias e individuos. Una de las dimensiones importantes de las condiciones de vida es el acceso al sistema de atención, al sistema de educación, así como a los otros sistemas de protección social.

Así, las características sistémicas, estructurando el espacio en el cual interactúan los individuos de una sociedad determinada, influyen su salud. Actúan simultáneamente sobre sus características biológicas y psicosociales. Se puede ilustrar esta idea (Gráfico 4) imaginando que el conjunto de factores ambientales y sociales constituye un inmenso campo de fuerzas positivas y negativas (apoyo social, agentes patógenos, alimentación, *stress*, informaciones...) que se ejercen sobre los individuos. La influencia de esas fuerzas sobre la salud depende de la resistencia biológica de la persona (ampliamente determinada por su bagaje genético, su edad y su sexo): de sus disposiciones a actuar, que se manifiestan por sus hábitos de vida, de su estructura mental y cognitiva, de sus proyectos y de los re-



GRAFICO 4



curso (materiales, simbólicos, afectivos y sociales) que puede movilizar. Las respuestas a estas fuerzas se manifiestan ya sea por el mantenimiento de un estado de salud (cualquiera sea la definición que se le dé), sea por un desarreglo del sistema biológico, es decir por la aparición de la enfermedad. Es

en este momento, y no antes, que el sistema de atención debe contribuir. Es lo que se espera de él, que diagnostique y corrija los desórdenes biológicos (a veces incluso los prevenga) y que atenúe las consecuencias nefastas de la enfermedad. El proceso de utilización del sistema de atención continúa hasta el

momento en que la persona recupera un estado de salud aceptable, o muere.

El Gráfico 4 ilustra la complejidad de los fenómenos implicados. Para progresar en el análisis de los determinantes de la salud, es necesario estudiar, de manera cuidadosa, la influencia de las diferentes dimensiones que caracterizan la estructura social y las condiciones de vida.

Es difícil pero importante en este análisis reconocer simultáneamente que la estructura social y las condiciones de vida determinan la salud de una población (en otros términos, que imponen su ley a los individuos biológicos y que dictan en parte los comportamientos psicosociales) y reconocer también la especificidad y la autonomía de cada individuo. Por especificidad entendemos el carácter único del bagaje genético y del ambiente en el cual cada individuo crece, y por autonomía, la posibilidad para los actores sociales de hacer consciente y voluntariamente elecciones que pueden tener consecuencias sobre su salud (Bourdieu, 1994; Drulhe, 1996 y 1997).<sup>5</sup> Las flechas del Gráfico 4 constituyen la red de hipótesis que los trabajos empíricos sobre los determinantes de salud intentan confirmar (Evans, 1996; Pincus, 1987). Aquí nos limitamos a presentar algunos de los resultados de investigaciones recientes en ese campo. Comenzamos por las características más generales del ambiente, luego nos interesamos, sucesivamente, en las influencias sobre la salud de la estructura social y las condiciones de vida.

Hemos visto ya (Gráfico 2) que el nivel medio de riqueza en los países desarrollados no está asociado con la esperanza de vida. Por el contrario, numerosos estudios muestran que cuanto más igualitaria es una sociedad, mejor es la salud de su población, medida ya sea por la esperanza de vida, su mortalidad infantil o la incidencia de diferentes enfermedades (Smith, 1996; Lynch y Kaplan, 1997; Wilkinson, 1992; Wolfson, 1998). Además, cuanto más equitativa se hace una sociedad, en mayor medida aumenta también su esperanza de vida (Wilkinson, 1992). Para Smith, editorialista del *British Medical Journal*, la conclusión de esas investigaciones es clara: “*El aumento de las desigualdades de ingreso es malo para*

*la economía, malo para las tasas de criminalidad, malo para las condiciones de trabajo, malo para el desarrollo de infraestructuras colectivas y malo para la salud, tanto a corto como a largo plazo*” (Smith, 1996).

Dos hipótesis intentan explicar esos fenómenos. La primera es que, en una sociedad no igualitaria, aumenta la proporción de los individuos que, independientemente de su nivel absoluto de riqueza, se sienten excluidos. La segunda razón está vinculada al hecho que en las sociedades no igualitarias existe una desinversión en los dominios y actividades que favorecen la acumulación de capital social (servicios públicos, actividades comunitarias...) (Putmann, 1993; Wilkinson, 1993; Kawachi et al., 1996). La exploración de estas dos hipótesis lleva a interrogarse sobre las influencias que pueden tener sobre la salud la posición social y las condiciones de vida. Estos dos determinantes no son, evidentemente, independientes el uno del otro.

Las investigaciones recientes muestran que el estado de salud es influenciado de manera no equívoca por la posición social, cualesquiera sean los indicadores seleccionados para medirla (nivel de educación, ocupación, riqueza del ambiente durante la primera infancia, apoyo social...) y sobre todo que hay un gradiente entre la posición ocupada y la salud. Cuanto más alto se está en la jerarquía social, mejor es la salud. Esta observación elimina la hipótesis según la cual, la mala salud en la base de la escala social, sería explicable por el hecho que las personas más pobres no tienen acceso al mínimo vital (Marmot, 1986; Evans et al. 1996). Pero lo que resulta todavía más intrigante, es que las diferencias de mortalidad no están asociadas a causas específicas. Se las encuentra con la misma amplitud para los cánceres, las enfermedades respiratorias, los problemas gastrointestinales, y las enfermedades cardiovasculares (Marmot, 1986). Una fenómeno semejante ha sido observado en los EE.UU. a propósito de la prevalencia de diferentes enfermedades en función del nivel de educación (Pincus, 1987). Estos resultados parecen indicar que la posición social refuerza la resistencia (Antonovsky, 1992) a la aparición de la enfermedad en general y que

5. Es necesario prestar atención y no tomar al pie de la letra el concepto de determinante de la salud como representando de manera mecánica la influencia de lo social sobre la salud, es decir, ocultando la posibilidad para los individuos de actuar, en parte, de manera autónoma.

permite a algunos, cuando están enfermos, estarlo durante menos tiempo y con menor gravedad. Así, en los EE.UU., después de un infarto de miocardio, la probabilidad de muerte es tres veces mayor para los hombres cuyo nivel de educación es débil que para aquellos para quienes es elevado. La mortalidad es seis veces más elevada para aquellos que tienen una vida estresante y que están socialmente aislados que para aquellos que tienen una vida calma y cuentan con apoyo social (Ruberman, 1984). Las condiciones de trabajo ejercen el mismo tipo de efecto: cuanto menos autonomía tienen los trabajadores en la organización de sus tareas, menos son valorizados y más enfermos se encuentran (Karasek & Theorell, 1990).

Además, se puede eliminar la hipótesis que las diferencias de mortalidad en función de la posición social sería explicable por una gran prevalencia de malos hábitos de vida (cigarrillo, alcohol, colesterol) en base de la escala social. Se constata, en efecto, que el reconocimiento de esos factores de riesgo no elimina el gradiente de mortalidad (Marmot, 1986).

Estas observaciones muestran que los factores, situaciones, contextos, portadores de salud, es decir, aquellos que aumentan "la posibilidad de realizarse para el ser vivo" (La Recherche, 1995), no son de la misma naturaleza que los mecanismos que operan cuando se trata de diagnosticar, tratar, intentar prevenir enfermedades específicas. Si las enfermedades y la salud no son fenómenos independientes, no son tampoco reducibles la una a la otra. La enfermedad no es la inversa de la salud. En Canadá, a la pregunta: ¿Qué espera Ud. del sistema de salud?, el 80% de los entrevistados dicen que quieren atención accesible y calidad, y solo el 10% dicen que quieren mejorar su salud (EKOS, 1996).

No es porque aumenta la duración de la vida de una población que los individuos que la constituyen están menos enfermos. Los japoneses no están menos enfermos que los franceses, ni tampoco, de manera general, las mujeres que los hombres. El alargamiento de la vida está acompañado de una transformación de la incidencia y la prevalencia de los diferentes tipos de

enfermedad y de las causas de mortalidad (transición epidemiológica) no de la eliminación de la enfermedad. Los modelos explicativos de la salud son diferentes de los aplicables a la enfermedad.

## Ciencias sociales, ciencias de la vida y salud

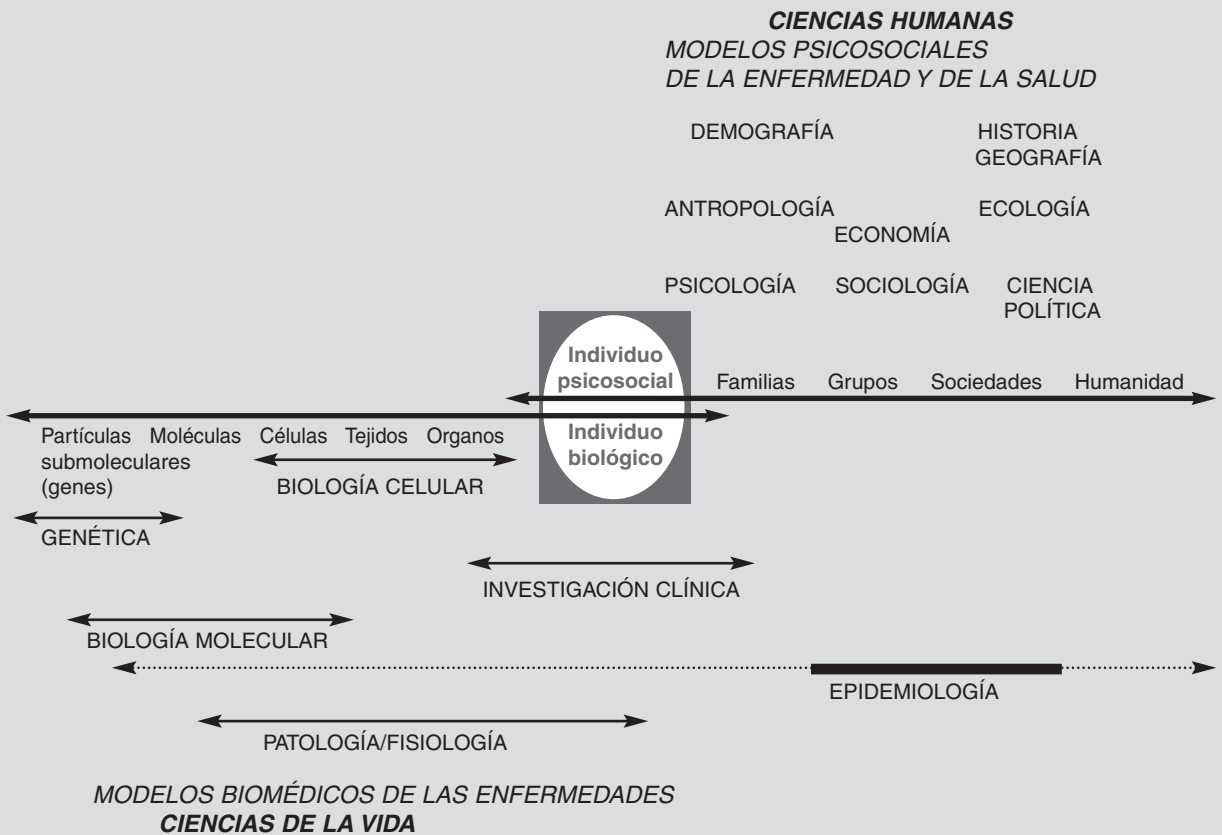
El individuo que está en el centro del Gráfico 4 es a la vez un ser psicosocial y un ser biológico. Las disciplinas que se utilizan para comprender su funcionamiento biológico son las ciencias de la vida. Ellas operan descomponiendo al ser humano (órganos, tejidos, células, moléculas, genes...) para comprender "lo normal y lo patológico" (Canguilhem, 1966). Por el contrario, las disciplinas que permiten comprender el funcionamiento del hombre en la sociedad son las ciencias de la conducta y las ciencias sociales. Estas se ocupan de los comportamientos de los individuos en los grupos y de las relaciones entre grupos de individuos en un determinado contexto.

Es alrededor del individuo, ser a la vez psicosocial y biológico, que se encuentran ambas esferas de conocimiento (Gráfico 5, página siguiente).

En efecto, se reconoce ampliamente que las dimensiones biológicas y psicosociales del individuo están en interacción constante. Describiendo los sistemas biológicos de comunicación que existen entre el sistema nervioso central y el sistema inmunitario, la neuropsicoinmunología refuerza los trabajos de psicólogos y psicoanalistas sobre los efectos recíprocos del alma y el cuerpo. Esta nueva disciplina (La Recherche, 1995) permite comprender cómo un *stress* prolongado, como aquel al que están sometidos las personas ubicadas en la base de la escala social, aumenta la vulnerabilidad del cuerpo ante la enfermedad (Forum National sur la Santé, 1996). Pero la neuropsicoinmunología no permite comprender cómo el contexto social, en su sentido más amplio y toda su complejidad, actúa sobre la salud, para mejor o para peor.

De hecho, la manera por la cual actúa el contexto social permanece todavía en el misterio. No se sabe de manera específica y precisa qué modificaciones sería necesario introducir en el am-

**GRAFICO 5**



A.-P. Contandriopoulos (1995)

biente social para mejorar la salud de una población.

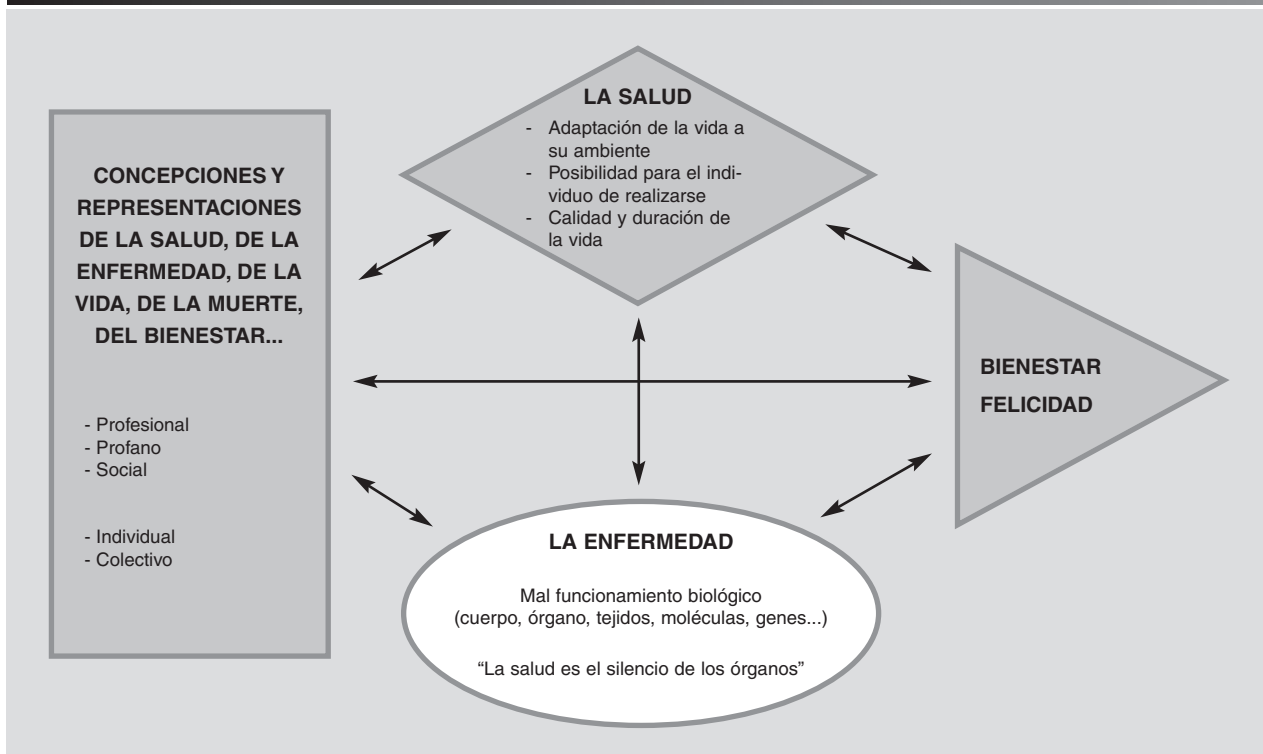
Es a las ciencias humanas a las que corresponde la responsabilidad de aportar respuestas a estas preguntas (Renaud, 1994). Para esto será necesario identificar aquello que en el ambiente social alcanza al individuo en su cuerpo y en su espíritu. Para tener éxito en ese trabajo, es necesario que equipos compuestos a la vez de investigadores en ciencias sociales e investigadores en disciplinas de las ciencias de la vida, trabajen juntos. Este es, en nuestra opinión, el eje central de la salud pública en tanto dominio de conocimiento.

Así, si se quiere actuar sobre los comportamientos en relación al uso de tabaco sin tomar en consideración las funciones del tabaquismo en el conjunto de los comportamientos sociales y el lugar del tabaco en la economía, solo se llegará a la decepción, pese a las buenas intenciones de los promotores de

programas de lucha contra el tabaquismo.

En efecto, las intervenciones que descansan únicamente sobre el razonamiento epidemiológico, según el cual a partir del momento en que un factor de riesgo ha sido identificado es suficiente actuar sobre ese factor para mejorar la salud, están destinadas al fracaso porque no están en condiciones de tener en cuenta la complejidad del mundo social. Se trata aquí, como ilustramos en el Gráfico 5, de la extrapolación en el dominio social del enfoque experimental que está en el centro de la actividad científica en el dominio de las ciencias de la vida. Se trata, de hecho, de un verdadero *coup de force* teórico (Drulhe, 1997), que quiere imponer la idea de que sólo la experimentación es portadora de conocimiento científico, que las categorías utilizadas para apreciar el riesgo miden “hechos objetivos”, y son por consiguiente universales y que, finalmente, los comportamientos huma-

**GRAFICO 6**



nos y la organización social que deriva de ellos están regidos por leyes de causalidad relativamente simples.<sup>6</sup> MacKinlay habla a este respecto de una "espiral de acciones sin reflexión".

Hasta hoy, las categorías utilizadas para hablar de la salud y sobre todo para medirla, son elaboradas por las ciencias de la vida. Se ha visto que empíricamente, la salud es siempre apreciada por indicadores de mortalidad como la esperanza de vida, y de morbilidad, con la idea de que la salud es un *continuum* que va, sin cesuras, del estado más completo de salud y bienestar hasta la muerte, pasando por los diferentes estadios de la enfermedad y las pérdidas de capacidades funcionales que les están asociadas. De hecho, nuestro análisis desemboca sobre la necesidad de considerar la salud en toda su complejidad, como siendo al mismo tiempo (Gráfico 6):

1 La adaptación de la vida a los contextos en los cuales se desarrolla. La salud se expresa entonces por la duración y la calidad de la vida.

2 El fin hacia el cual tiende el individuo, la felicidad, el bienestar. La salud, en esta perspectiva, corresponde al estado de bienestar del que habla la OMS.

3 La ausencia de enfermedad,

"el silencio de los órganos" (Leriche, 1936). Las enfermedades concebidas como desórdenes de las funciones biológicas, constituyen las manifestaciones negativas de la salud.

4 El sentido que los diferentes actores comprometidos (pacientes, profesionales, sociedad) dan a la vida, la muerte, el dolor, la enfermedad... y el nivel de análisis considerado (el individuo, el grupo, la población...) es decir, el sistema de representación de la salud.

Estas cuatro dimensiones de la salud no son independientes, ni tienen un denominador común. Interactúan para construir un concepto que permita comprender, por ejemplo, que la enfermedad profesional por la cual un trabajador se sustrae a un ambiente de trabajo estresante contribuye positivamente a su salud. O también, para comprender que el bienestar es a la vez el fin buscado y un factor de resistencia a la aparición de enfermedad y, de manera más general, que no es posible definir cuantitativamente la cantidad de recursos que una sociedad debería afectar a su sistema de atención y cuánto debería invertir en los otros determinantes de la salud. Para tomar esas decisiones de manera justa y equitativa, es necesario favorecer los debates democráticos al-

6. Se puede señalar que el mismo conjunto de postulados relevantes propios del positivismo se aplica a la económica neoclásica, hoy dominante. Probablemente esto tiene alguna influencia sobre el reconocimiento que recibe el dominio de la evaluación económica de las intervenciones y el de los fármacos.



rededor de estas cuestiones, utilizando información que refleje la complejidad de los fenómenos bajo análisis.

## Conclusión

Rehusarse a tomar en cuenta la complejidad y el carácter paradójico del concepto de salud abre camino a decisiones en términos de políticas de salud que solo pueden ser decepcionantes, ya que no se dirigen más que a una parte del concepto de salud, pero sobre todo porque ignoran que solo son parciales. Los responsables de las políticas de salud deben evitar dos tentaciones: la *tentación tecnocrática* y la *tentación biotecnológica*.

La *tentación tecnocrática* tiene su origen en la observación de que los recursos afectados por el Estado al sistema de atención no mejoran la salud de la población medida por la esperanza de vida y que, por otra parte, existen determinantes sociales de la salud sobre los cuales sería posible actuar. Se producirá en el caso de establecer los parámetros de la “función de producción de la salud de la población” para determinar la combinación de factores que permitan optimizarla, y por consiguiente, con toda naturalidad, se defina la política de salud que deberían enmarcar todas las decisiones.

Un enfoque de ese tipo no es solamente ingenuo, sino también profundamente peligroso. En efecto, en un contexto de recortes presupuestarios en que las presiones para reducir el gasto del sistema público de atención y privatizarlo son importantes, la tentación de actuar, sin invertir en programas que procuran reducir los riesgos sociales sobre la salud, es muy fuerte. La consecuencia más inmediata de la puesta en marcha de una política de ese tipo sería un aumento de las disparidades entre los grupos sociales y, como consecuencia, un riesgo acrecentado de deterioro de la salud de la población. La ingenuidad del razonamiento reside en el postulado que la salud y la enfermedad tienen la misma naturaleza y aquello que las distingue es solo una diferencia cuantitativa. Ahora bien, hemos mostrado que no es ese el caso, y que existe entre esos dos estados una diferencia cualitativa (Canguilhem, 1966), es decir, que no hay una unidad de medida

que permita evaluar la una en función de la otra. No hay criterios objetivos para elegir una en detrimento de la otra. Es necesario encontrar los medios de promover simultáneamente la salud y curar las enfermedades. La idea de que es posible arbitrar entre el tratamiento de la enfermedad y la promoción de la salud de la población descansa sobre el postulado económico que toma por cierto que en último análisis es en función de las ganancias de bienestar de cada individuo que él realizará sus elecciones. Pese a su elegante simplicidad, este postulado no significa el progreso del debate y abre a la vez nuevas preguntas: ¿bienestar de quién?, ¿medido por quién?... etc. Ese concepto no significa verdaderamente una gran ayuda. De lo que se trata es de la capacidad del Estado de implementar democráticamente y hacer funcionar dispositivos equitativos y eficientes de distribución de los recursos para aumentar el bienestar colectivo.

La *tentación biológica* consiste en creer que los progresos de las ciencias médicas permitirían resolver todos los problemas de la humanidad. Para Lucien Sfez, en este fin de siglo, la “salud perfecta” está en camino de convertirse en la nueva figura simbólica capaz de movilizar los espíritus y drenar los recursos de los países ricos. Sfez dice: “*Gracias a la decodificación del genoma, se va a descubrir el Santo Grial de la humanidad, se podrá reemplazar los ‘genes malos’ por ‘genes buenos’ y crear una especie nueva de humanidad aliviada de sus enfermedades y sus sufrimientos*”. La biotecnología va a traer el fin de todas las enfermedades, de todas las disfunciones biológicas y sociales del hombre, todos los hombres podrán alcanzar el límite biológico de la vida. Además, la salud perfecta del hombre será total “*cuando el mismo planeta haya llegado a ser sobrenatural, supervisado, reformado, renaturalizado por la tecnología*”. La “gran salud” del cuerpo individual es indisoluble de la “gran salud” del planeta: tal es el paradigma de la salud perfecta. No hay ya lugar para lo espiritual, para lo social, todo es llenado por la ciencia.

Solo aceptando considerar que la salud es un concepto complejo y paradójico será posible, gracias a un verdadero diálogo entre las ciencias de la vida y las

ciencias sociales, encontrar aquello que, en lo social, opera para mejorar la salud y evitando sucumbir a la tentación tecnocrática y a la tentación biológica. La emergencia de una concepción nueva de la salud, de la enfermedad y sus determinantes, debería permitir a los diferentes grupos sociales asumir a la vez el riesgo de transformar democráticamente el sistema de atención y al mismo tiempo la sociedad, para hacer más equitativa y a la vez valorizar todas las políticas que son portadoras de salud.

## Bibliografía

- A.M.C. (1998) *Communiqué: Canadian's confidence in medicare hits all time low*. Ottawa. Association Médicale Canadienne.
- Antonovsky A. (1992). "Care Attitudes Contribute to Health?" *Advances in Mind-Body Health* 8:4.
- Bourdieu P. (1994) *Raisons pratiques*. París: Seuil.
- Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*, París: P.U.F.
- Contandriopoulos AP. (1997) "La santé entre les sciences sociales et les sciences de la vie". Presentación inaugural dirigida a la *Société Royale du Canada. Présentations* 50: 70-90.
- Contandriopoulos AP. (1999) "Pourquoi certaines populations vivent-elles plus longtemps que d'autres? De l'avantage d'être riche, cultivé et japonais". *La Recherche (Spécial)* julio-agosto 322: 102-105.
- Discours du Trône (1999) *Le Devoir*, octubre 13, pág A9.
- Drulhe M. (1996). *Santé et société: le façonnement social de la santé*. París: P.U.F.
- Drulhe M. (1997) "Comment mesurer la santé?" *Esprit* 229 (febrero): 56-62.
- EKOS (1996). *Recherche sur les valeurs de la population relativement à la santé et au système de soins de santé*. Ottawa. Les Associés de recherche EKOS.
- Evans R. et al. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé*. París: John Libbey Eurotexte
- Forum National sur la Santé (1996) *La santé au Canada. Un héritage à faire fructifier*. Ottawa.
- Foucault M. (1997). "Elements for a Theory of Health Transition". En Chen et al. (eds.) *Health and Social Change in International Perspective*. Boston: Harvard University Press.
- Herzlich C. (1969) *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. París: Édition de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Hurowitz J. (1993) "Toward a Social Policy for Health". *New England Journal of Medicine* 329 2: 130-133.
- Kaplan GA. (1996) "People and Places. Contrasting Perspectives on the Association between Social Class and Health". *Int.J.Health Serv.* 26 3: 507-519.
- Karasek RA., Theorell T. (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Nueva York: Basic Books.
- Kawachi Y. et al (1996). "Social Capital, Income Inequality, and Mortality". *Am.J.Public Health*.
- La Recherche* (1995) *La santé et ses métamorphoses*. Supplément n° 281.
- Leriche R. (1936). "De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies: où va la médecine?" *Encyclopédie Française*, tomo IV, citado por Canguilhem (1996).
- Lynch JW, Kaplan GA. (1997) "Understanding How Inequality in the Distribution of Income Affects Health". *Journal Health Psych.* 2 3: 297.
- Marmot MG. (1986). "Social inequalities in mortality: the social environment". En: Wilkinson RG (ed.) *Class and Health - Research and Longitudinal Data*. Londres: Tavistock Publications.
- McKinlay JB, McKinlay SM. Beaglehole R. (1989) "A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States". *Int.J..Health.Serv.* 19 2: 181-208.
- McKinlay JB (1995). *Bringing the Social System Back In: An Essay on the Epidemiological Imagination*. Watertown: New England Research Institute.
- OCDE (1995) *Logiciel Éco-Santé*. París: OCDE.
- OCDE (1999). *Éco-Santé OCDE 1999, un logiciel pour l'analyse comparative de 29 systèmes de santé*. París: CREDES-OCDE.
- OMS (1998). *La Santé por tous au 21° siècle*. Compenhague: OMS Europe.
- Pincus T, Callahan LF, Burkhauser RV. (1987) "Most Chronic Diseases are Reported more Frequently by Individuals with Fewer than 12 Years of Formal Education in the Age 18-64 Unites States Population". *Journal of Chronic Diseases* 40: 865-874.
- Putmann RD. (1993) *Making democracy work-civil tradition in modern Italy*. Princeton University Press. 185 págs.
- Renaud M. (1994) "Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de la santé". *Interface*, marzo-abril.
- Ruberman W, Winblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS (1984). "Psychosocial Influences on Mortality after Myocardial Infarction". *New England Journal of Medicine* 311: 552-559.
- Sfez L. (1997). "L'utopie du corps parfait". *Esprit* 229 (febrero): 43-55.
- Smith GD (1996) "Income inequality and mortality: why are they related?" *British Medical Journal* 312: 987.
- Stoddart G (1995) *The challenge of producing health in modern economics*. Workshop on Health Economics, Julio-5-7, París: INSEE.
- Wilkinson RG (1992) "Income Distribution and Life Expectancy". *Br.J.Med.* 304: 165-168.
- Wolfson MC, Murphy BB. (1998) "New Views on Inequality Trends in Canada and the United States", *Monthly Labor Review* 3 (abril).