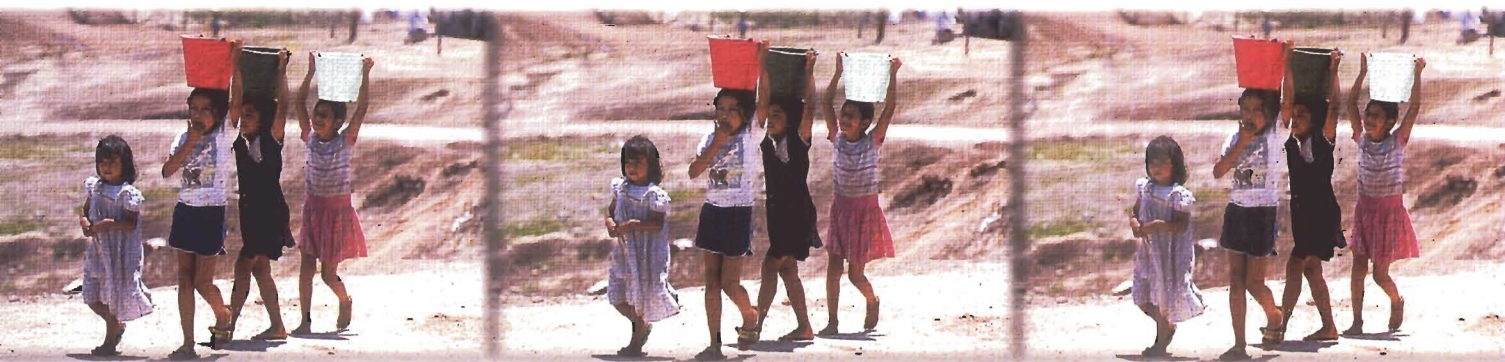




# Determinantes sociales de la salud en Perú

César Lip  
Fernando Rocabado



**CUADERNOS DE PROMOCIÓN  
DE LA SALUD N° 17**

# Determinantes sociales de la salud en Perú

César Lip  
Fernando Rocabado

Lima, 2005

Ministerio de Salud  
Universidad Norbert Wiener  
Organización Panamericana de la Salud

Catalogación hecha por el Centro de Documentación OPS/OMS en Perú

Lip Licham, César; Rocabado Quevedo, Fernando.

Determinantes sociales de la salud en Perú / César Lip; Fernando Rocabado. --  
Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana  
de la Salud, 2005.

84 pp.

SALUD PÚBLICA / POLÍTICA SOCIAL / PROMOCIÓN DE LA SALUD / PERÚ /

(OPS/PERÚ/05.29)

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2005-9011

ISBN: 9972-9956-8-2

© Organización Panamericana de la Salud

Elaboración: César Lip y Fernando Rocabado

Colaboración: Elizabeth Aliaga

Revisión: Ricardo Bustamante, Richar Ruiz, María del Carmen Calle, Mercedes Arévalo,  
Miriam Salazar y Raúl Choque. Equipo Técnico de la Dirección General de Promoción de la  
Salud

Edición: María Edith Baca

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan  
necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los  
Gobiernos Miembros.

# CONTENIDO

<b>Presentación</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
<b>Capítulo I</b>	
<b>Causalidad, riesgo y determinación</b> .....	9
Causación .....	9
El modelo unicausal .....	10
Los modelos multicausales .....	11
Determinación general .....	14
Espacios de la salud .....	17
<b>Capítulo II</b>	
<b>Evidencias científicas de la determinación social de la salud</b> .....	25
Ingreso económico, posición social y salud .....	26
Posición social y salud .....	34
Redes de apoyo social .....	42
Educación .....	49
Empleo, estrés y condición de trabajo .....	51
Desarrollo del niño sano .....	54
Estilos de vida o costumbres personales relacionadas con la salud .....	56
Desnutrición, hábitos nutricionales y obesidad .....	60
Entornos físicos .....	62
Servicios de salud .....	65
Ruralidad .....	68
<b>Capítulo III</b>	
<b>Implicaciones de la determinación social de la salud: nuevas perspectivas, políticas y estrategias en salud pública</b> .....	71
<b>Bibliografía</b> .....	78



## PRESENTACIÓN

En los últimos años han aumentado las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud. Es el resultado de una preocupación por parte, primero, de un grupo de estudiosos que han mostrado irrefutablemente, la influencia de éstos en la salud de las poblaciones y, segundo, de países pioneros en el campo de la salud pública que están empeñados en seguir mejorando la salud de sus poblaciones. Paradójicamente éstos son los países que tienen los mejores índices de salud en el mundo.

Desde Alma Ata, pasando por el famoso Informe Lalonde, otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, ahora reforzada por la declaración de Bangkok, afirman explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales que, connotados miembros de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, de reciente formación, las han denominado como «las causas de las causas» de la enfermedad.

Esta es, en el fondo, la base que sirvió para la emergencia de la promoción de la salud como estrategia fundamental de la salud pública, y es el sustento de su posterior desarrollo. Por lo mismo, se reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes.

En Perú, en los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo.

Desde el Ministerio de Salud, hemos impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes sociales de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública. Algo se ha avanzado en la nada fácil tarea de traducir esta concepción en la práctica sanitaria. Sin embargo, todavía el camino es largo y, en este camino, lo más importante y difícil de mover son las concepciones enraizadas y los esquemas teóricos medicalizados en los que se mueven buena parte de los salubristas y políticos.

Hacia este objetivo se orienta una publicación como la presente, que es un documento principalmente conceptual. Su objetivo es proporcionar elementos teóricos sobre determinantes, y apoyarlos con ejemplos concretos de la realidad nacional, de manera que muestren su relación

con la salud de la población peruana. La escasa cantidad de investigaciones existentes sobre el tema, nos hace pensar que un segundo objetivo es instar a los estudiosos peruanos de la salud pública, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarnos a construir un Perú cada vez más saludable. Estamos seguros de que el presente documento será un pequeño paso más en este largo camino que nos espera.

Ricardo Bustamante  
Director General de Promoción  
de la Salud  
Ministerio de la Salud

Manuel Peña  
Representante en Perú  
Organización Panamericana de  
la Salud

## INTRODUCCIÓN

Al presentar en este libro un conjunto de variables y procesos sociales que actúan como determinantes sociales de la salud de la población peruana, es nuestro propósito impulsar el que la investigación, la acción y la toma de decisiones se realicen teniendo a la determinación social de la salud como su principal marco de trabajo explícito desde la promoción de la salud.

En el capítulo I se aborda el tema de la causalidad y la determinación en el campo de la salud colectiva, presentando los principales conceptos, categorías y modelos de causación que han servido y sirven de base para el trabajo en la salud pública.

La determinación social del estado de salud de una población ha sido claramente establecida desde, al menos, inicios del siglo XIX, por William P. Alison cuando en Escocia, en 1820, describió la existencia de una estrecha asociación entre la pobreza y la enfermedad, y llegó a proponer la necesidad urgente de atacar las causas de la miseria si se quería prevenir las epidemias de entonces.

Asimismo, fueron trabajos pioneros los de Louis René Villermé, en Francia quien demostró que las pésimas condiciones de vida de los trabajadores estudiados causaban su muerte prematura, y los de Rudolf Virchow, en Alemania, quien tras estudiar una epidemia en los distritos industriales de Silesia en 1847, concluyó que sus causas eran tanto sociales y económicas como físicas, y recomendó, como remedio: prosperidad, educación y libertad, las cuales para desarrollarse requerían de un marco de democracia libre e ilimitada (Terris, M. 1999). Incluso, en Francia, en la primera mitad del siglo XIX, la salud pública se hallaba conceptualizada bajo una perspectiva verdaderamente amplia, que comprendía aspectos como estadísticas fundamentales, salud maternoinfantil, ejercicios y salud física, alcoholismo y prostitución, adulteración de los productos alimenticios, abastecimiento de agua y desechos de aguas residuales, condiciones higiénicas en hospitales, prisiones y hogares para ancianos, salud mental, vacunación, enfermedades infecciosas, nutrición, calefacción y ventilación, higiene rural, contaminantes industriales, enfermedades ocupacionales, y la relación de la salud con la clase social (Terris, M., 1992).

Sin embargo, a mediados del mismo siglo, sobre la base de los iniciales descubrimientos microbiológicos de Pasteur y Koch, empieza el formidable desarrollo de la medicina de las enfermedades infecciosas, que además configura un modelo de causación mecanicista, la cual devino en —y pervive aún como— hegemónico en el campo de la salud. Inicialmente, fue unicausal; su insuficiencia se fue haciendo patente al profundizarse y ampliarse el conocimiento de las enfermedades crónicas, que obligó a los epidemiólogos a elaborar variaciones más potentes y sofisticadas, como la multicausal, el multicausal-multiefecto y el modelo causa-componente. Este último ha sido el predominante en la epidemiología en los últimos lustros.

Los modelos mencionados han sido y son útiles, más no pueden ser tomados como el modelo —el verdadero, el «único»—, el específico marco de trabajo válido en el estudio de la salud en su dimensión poblacional. Es, justamente, en la relación entre la salud poblacional y la salud indi-



vidual donde se encuentran dos de las mayores críticas realizadas al modelo componente-  
causa: ser mecanicista y haber tendido a individualizar la epidemiología (Tam y Lopman,  
2003:477).

Otra perspectiva, que se viene desarrollando en las últimas décadas, es la determinación de la  
salud, determinación como fenómeno probabilístico y no mecanicista. Resumidamente, el mo-  
delo de los determinantes de la salud puede enunciarse de la siguiente manera: el estado de  
salud de un grupo social y el de un individuo es la encarnación, en un momento dado, de la red  
de relaciones biológicas y sociales existente en el sistema del cual es parte.

Así, el estado de salud es resultante de las interacciones de los fenómenos biológicos y socia-  
les, factores que lo determinan. En este documento, nos centramos en la dimensión social de la  
determinación de la salud, presentando, en el capítulo 2, las principales evidencias científicas  
con las que ahora se cuenta y mostrando muchas de las obtenidas en Perú.

En las últimas décadas, aunque con notorios altibajos en énfasis y amplitud, la determinación  
social de la salud es un concepto que va ganando adeptos entre las personas que deben tomar  
decisiones respecto a la salud poblacional. Es, ahora, indiscutible que se pueden prevenir  
muchas enfermedades desde el principio si se promueven las condiciones sociales que sostie-  
nen una vida saludable. A pesar de que este concepto ya viene siendo la base, en magnitud y  
profundidad muy variadas, para la formulación de políticas y diseños de estrategias orientadas a  
la recuperación de la salud y a la prevención de las enfermedades, aún no es parte central del  
modelo que enmarca los esfuerzos de construcción de políticas de salud pública y condiciones  
de vida, ni de los aspectos operativos para las diferentes tareas de la salud pública. Al respecto,  
en el capítulo 3, se presenta a modo de conclusiones, brevemente un nuevo enfoque de salud  
de la población que ha servido de marco en este trabajo y trata sobre sus implicaciones para la  
formulación de políticas, planes y programas en nuestro país.

# CAPÍTULO I

## CAUSALIDAD, RIESGO Y DETERMINACIÓN

Conocer por qué una persona concreta enferma en un momento concreto, y por qué unas personas están enfermas y otras no, son cuestiones centrales, no sólo para su prevención, sino también para el diagnóstico y el manejo adecuado (Beaglehole *et al.*, 1994:75). Sin embargo, esos conocimientos no son fáciles de adquirir. Las mayores dificultades no son ahora, de orden tecnológico, sino las derivadas de nuestras formas de entender la causalidad.

La causalidad es un tema que desde los tiempos de Aristóteles sigue siendo motivo de controversia en los campos científico y filosófico. La larga historia del problema de la causalidad ha devenido en una también larga lista de confusiones respecto del significado de las palabras «causalidad», «causación», «determinismo» y «determinación». A ello se debe la inclusión de este capítulo en un documento cuyo propósito central es aportar información para la toma de decisiones para la acción sanitaria, especialmente desde el campo de la promoción de la salud; y no para el desarrollo esencialmente académico. En este caso, es pertinente la idea de que no hay nada más práctico que una buena teoría. Una errónea teoría de la causalidad nos llevará a una errónea práctica. Concretamente, se aborda las ideas y principales modelos de causalidad de los eventos de salud que se han desarrollado hasta el momento.

La palabra «causalidad» tiene al menos una triple acepción: a) una *categoría* (vínculo causal), b) un *principio* (la ley general de causación), y c) una *doctrina* que sostiene la validez universal del principio causal excluyendo las demás formas de determinación (Bunge, 1978: 15).

En la actualidad, en la salud pública, siguiendo a la epidemiología, el término causalidad sigue teniendo varias connotaciones. Por ejemplo, se usa para describir «la propiedad de ser causal, la presencia de causa, o ideas acerca de la naturaleza de las relaciones de causa y efecto» (Susser, 2001: 376). Estos sentidos corresponden a la primera y segunda acepción mencionadas en el párrafo anterior. Para no seguir alimentando la confusión, conforme avancemos en el acápite se definirán los principales términos utilizados.

### CAUSACIÓN

*Causación* es un término que significa «ya sea la producción de un efecto, o, también, la relación de causa a efecto» (Susser, 2001: 376). Esto es, causación es sinónimo de un nexo causal (Bunge, 1978: 16).

Aristóteles aportó la idea de *causa eficiente*, a la cual definió como la compulsión externa a la que debían obedecer los cuerpos. Esta definición es la que toma la ciencia moderna desde sus comienzos, llamándola solamente causa, entendiéndola como el *agente* que produce algún cambio en lo que se concibe (por error) como un *paciente*, sobre el cual la causa obra desde afuera (Bunge, 1978: 17).

*Una causa eficiente es la condición necesaria y suficiente para la aparición de algo.*

Una de las más claras definiciones de causa eficiente la ha dado Galileo (la cual incluso hasta el momento se sigue usando), quien dijo que una causa eficiente es la condición necesaria y suficiente para la aparición de algo: «Aquella y no otra debe llamarse causa, a cuya presencia sigue el efecto y a cuya eliminación el efecto desaparece» (Bunge, 1978: 45). Sobre esta base, René Descartes aportó, en su famosa y fundacional obra *El discurso del método*, el concepto operacional de causa, que alcanzó una enorme fortaleza y difusión con la obra de Isaac Newton.

*El determinismo causal postula la existencia de una relación unívoca entre causa y efecto.*

La causalidad, vista desde el modelo newtoniano-cartesiano o del determinismo causal, postula en esencia que cualquier acontecimiento, mental o físico, responde a una causa, y así, una vez dada la causa, el acontecimiento

ha de seguirle sin posible variación. Esto es, el determinismo causal postula la existencia de una relación unívoca entre causa y efecto.

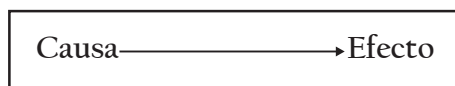
El determinismo causal se ha expresado, aunque con variada fuerza, en varios modelos utilizados en la medicina y la salud pública: unicausal, multicausal, multicausa-multiefecto y el causa-componente-suficiente.

## EL MODELO UNICAUSAL

A partir del descubrimiento del papel de los microorganismos en las enfermedades infecciosas se desarrolló el modelo unicausal, el cual propugna que una enfermedad tiene una causa. Este concepto (una causa → un efecto), fue la base de los postulados de Koch para establecer fehacientemente si un microorganismo dado es el causante de una enfermedad.

Pronto, después de ser éstos presentados y prácticamente aceptados universalmente, se encontró que en la gran mayoría de las enfermedades, tanto infecciosas como no infecciosas, los postulados de Koch no son adecuados para establecer una relación de causalidad (Beaglehole *et al.*, 1994:78).

Figura N° 1. Modelo unicausal



En el modelo unicausal se considera algo como causa cuando es condición necesaria y suficiente para producir un efecto. Se dice que es *necesaria* porque es una condición **sin** la cual el efecto **no puede** ocurrir, y que es *suficiente* porque es una condición **con** la cual **debe** ocurrir el efecto (Parascandola y Weed, 2001:906).

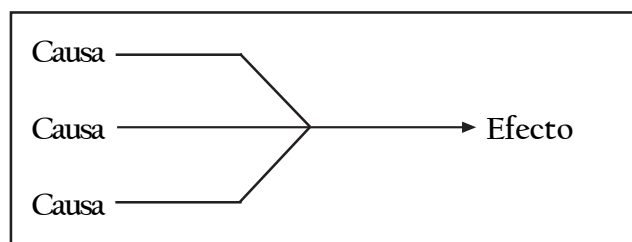
Los epidemiólogos y otros científicos biomédicos han identificado muy pocas enfermedades con causas que tienen un patrón de correspondencia «uno a uno» con sus efectos (Parascandola y Webb, 2001: 907).

## LOS MODELOS MULTICAUSALES

### El modelo multicausa-efecto único

Ante la insuficiencia del modelo unicausal para explicar por qué algunas personas enfermaban y otras no, aún estando presente la pretendida causa, se desarrolló la idea de multicausalidad. Esta postula que para la producción de un efecto (enfermedad) se requería la presencia de varios factores. Por ejemplo, no era suficiente que el BK se encontrara en el organismo humano, sino que también debía haber una disminución de la capacidad defensiva, desnutrición, entre otras. En este caso, el BK es una causa necesaria, pero no suficiente, y los otros factores se consideran no necesarios ni suficientes. A estos últimos, algunos autores los denominan factores contribuyentes (Susser, 2001:376). Este modelo se ha utilizado para estudiar enfermedades crónicas, neoplasias y los accidentes automovilísticos, entre otros (Dever, 1991:22).

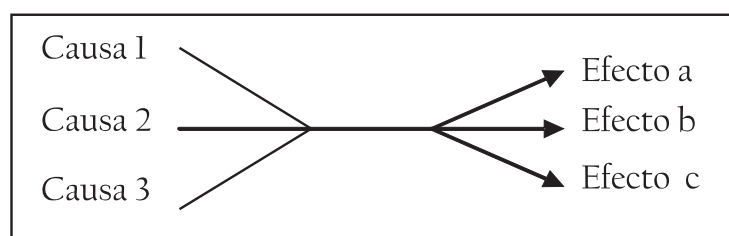
Figura N° 2. Modelo multicausa-efecto único



### El modelo multicausa-multiefecto

Una formulación más elaborada, pero con el mismo transfondo conceptual que el anterior, es el modelo multicausa-multiefecto, el que propugna que un conjunto de diferentes causas produce un conjunto de diferentes efectos.

Figura N° 3. Modelo multicausa-multiefecto



El modelo multicausa-multiefecto se considera útil para estudiar la contaminación ambiental, el hábito de fumar y formas específicas de radiación (causas) que podrían provocar cáncer de pulmón, enfisema y bronquitis (efectos) (Dever, 1991:22). En este caso, las causas no son ni suficientes ni necesarias. Por ejemplo, puede haber cáncer de pulmón sin hábito de fumar y, también, hábito de fumar sin que produzca cáncer.

La causación, desde el multicausalismo, se tornó un asunto más complejo, especialmente en relación con el papel que desempeñan los diferentes tipos de factores que intervienen en la causación de una enfermedad. La misma formulación no deja de llamar la atención: «*Todos (los factores causales) pueden ser necesarios, pero raramente son suficientes para provocar una enfermedad o estado determinado*» (Beaglehole et al., 1994:78).

*Un factor de riesgo es una característica o atributo individual (presente o pasado) para el cual se ha encontrado una asociación positiva con el aumento de frecuencia de una enfermedad.*

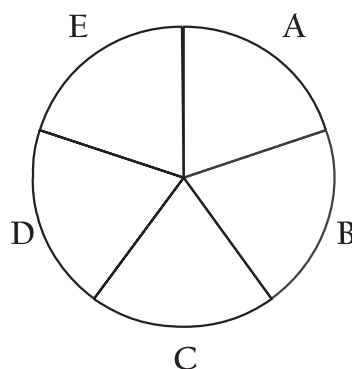
En los modelos multicausales se denomina a los factores considerados causales, se les denominan factores de riesgo. Un factor de riesgo es una característica que se ha observado asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. En otras palabras, un factor de riesgo es algo que hace la diferencia en el resultado (enfermedad) (Susser, 2001: 376). La presencia de un factor de riesgo no implica necesariamente la existencia de una relación de causa-efecto; implica que, al menos, se ha establecido una asociación a nivel individual.

Además, los diversos factores causales no tendrían el mismo peso relativo para provocar una enfermedad dada. Incluso, se ha ensayado formas de diferenciar los factores causales según la importancia de la causación, utilizándose adjetivos como predisponentes, facilitadores, desencadenantes y potenciadores (Beaglehole et al., 1994: 78).

### El modelo de causa componente-suficiente

Sobre la base de la idea del filósofo y economista británico John Stuart Mill de que la causa de cualquier efecto consiste, por fuerza, en una constelación de componentes que actúan en concierto (Mill, 1862), el epidemiólogo Rothman propone el modelo causa componente-suficiente.

Figura N° 4. Modelo causa-componente-suficiente



El concepto central que propone Rothman es el siguiente: una «causa suficiente» no es concebida como una condición o atributo simple sino más bien, como un conjunto o grupo de condiciones y acontecimientos mínimos que inevitablemente produce la enfermedad. «Mínimos» en este contexto denota que ninguna de las condiciones o acontecimientos es superfluo. Entonces, en términos etiológicos, estas condiciones y acontecimientos se irían acumulando o convergerían en un momento, con lo cual se desencadenaría una enfermedad. La idea es graficada considerando cada componente-causa como una «rodaja» de «un pastel causal» que, cuando se completa, constituye una «causa componente-suficiente» (Rothman, 1986) o una constelación causal suficiente. Cada enfermedad tendría una o más constelaciones causales diferentes a las de las demás, y a la vez cada constelación podría jugar un papel en uno o más mecanismos causales.

Tam y Lopman (2003: 447) creen que este modelo, aunque determinístico –cuando se completa el pastel invariablemente se producirá el efecto-, constituye un marco de trabajo útil para conceptualizar la causación en una manera cronológica, o sea, desde que se da la primera exposición a un componente, como se van acumulando los siguientes componentes-causa hasta completar el «pastel causal» y la aparición de la subsecuente enfermedad. Empero, anotan, es aquí donde está la dificultad del modelo. Este no sirve para explicar las diferencias de salud entre grupos de individuos o poblaciones: el modelo causa componente-suficiente tiende, como variación del enfoque de la multicausalidad y sus derivados factores de riesgo, a individualizar la epidemiología.

### Determinismo probabilístico

El modelo unicausal y el causa componente-suficiente, siguiendo al determinismo causal, sostiene que todos los eventos son totalmente «determinísticos», o sea que la ocurrencia o no ocurrencia de un fenómeno está completamente determinada por las condiciones existentes. (Parascandola y Weed, 2001: 907). En los últimos años se ha cuestionado fuertemente esta perspectiva, contraponiéndole otra denominada de la determinación probabilística, la cual postula que el resultado final está determinado por la acción conjunta de entidades independientes o semindependientes.

Se dice, entonces, que hay una determinación probabilística cuando un elemento o proceso (asumido como causa) incrementa aquella probabilidad (o chance) de que un efecto ocurra. En este sentido, una determinante probabilística es una causa no necesaria ni suficiente; sin embargo, esta definición no excluye a las causas necesarias y suficientes. Aquí se entiende como causa suficiente, aquella que tiene una probabilidad igual al de que su efecto ocurra, y una causa necesaria es aquella que hace que la probabilidad de que su efecto ocurra deje de ser cero (Parascandola y Weed, 2001: 908).

*Un enunciado probabilístico acerca de una causa y un efecto provee información cuantitativa sobre un estimado de la fuerza y naturaleza de la relación.*

Un enunciado probabilístico acerca de una causa y un efecto provee información cuantitativa sobre un estimado de la fuerza y naturaleza de la relación. La aplicación de la causalidad probabilística es la piedra angular de la epidemiología clínica, la medicina basada en evidencias

y la salud pública basada en evidencias (Rychetnik, Hawe, Waters, *et. al.*, 2004: 540), y es la base de los modelos multicausalistas mencionados.

La determinación probabilística ha sido de poca utilidad para formular estrategias de ámbito poblacional, en la medida que se centró en los factores de riesgo que devienen en características de las personas y no de las poblaciones. De allí provienen críticas como las de Breilh, cuando afirma que la mayoría de investigadores trabajan reduciendo sus estudios a un refinado análisis de los fenómenos o expresiones formales cuantificables que pretende conjuntar lo social y lo biológico por medio de la simple asociación externa, congelando la realidad en factores aislados con lo cual se reduce la determinación de los procesos de salud-enfermedad a las relaciones llamadas «causales» que se establecen por asociación empírica (Breilh, 1995:31).

A pesar de los esfuerzos de muchos investigadores por aclarar que la presencia de una correlación estadística no supone la necesaria existencia de una relación de causalidad, los profesionales de la salud y, mucho más, los otros pobladores toman como causa a los así denominados factores de riesgo de una manera mecánicamente determinista. Un ejemplo de lo anterior es el caso de la correlación positiva existente entre el hábito de fumar y la incidencia de cáncer pulmonar. Se suele asumir al primero como la causa primaria del segundo, lo cual es científicamente incorrecto (Gardner, 2000: 143). El que una persona fume, beba y tenga una dieta rica en grasas saturadas y subsecuentemente desarrolle enfermedad coronaria no es una demostración de que cualquiera de esos factores o su combinación fue la «causa» de su enfermedad (Tam y Lopman, 2003:447).

## DETERMINACIÓN GENERAL

La determinación es un concepto que tiende a usarse muchas veces como sinónimo de causación y, por lo tanto, en los modelos antes mencionados una determinante vendría a ser una causa. En la literatura epidemiológica anglosajona suele definirse «determinante» como sinónimo de factor de riesgo (Susser, 2001: 376).

En este libelo, 'determinación' no se usa como sinónimo de 'causación', ni, evidentemente, se usa 'determinante' como 'factor de riesgo'. Para comprender la diferencia que se plantea es necesario desarrollar con cierta amplitud, el concepto de determinación.

### Determinación: definiciones

El término 'determinación' se usa, al menos, con tres connotaciones (Bunge, 1978: 19-21). La *primera* es como propiedad o característica. Por ejemplo, se dice que algo está determinado

cuando tiene características definidas y, por lo tanto, puede caracterizarse en forma inequívoca. Determinado viene a ser, en esta connotación, lo contrario de 'vago', impreciso.

#### DETERMINACIÓN. CONNOTACIONES

1. *Caracterización definida*
2. *Conexión constante y unívoca*
3. *La forma en la cual un objeto adquiere una propiedad*

La *segunda* connotación es la más usada en la ciencia y corresponde a lo que se ha denominado determinación causal en los



subacápites anteriores. En esta connotación, el término 'determinación' denota la existencia de una conexión constante y unívoca entre cosas o acontecimientos, o entre estados o cualidades de las cosas, así como entre objetos ideales. En este sentido, 'determinación' es sinónimo de conexión necesaria, como la que se da en un proceso que pasa por etapas sucesivas que siguen una a otra inmutablemente, sin variación. Sobre esta base es posible realizar predicciones cuantitativas.

En su *tercera* connotación, la determinación puede describirse como un «modo de devenir», esto es, la forma (acto o proceso) en que un objeto adquiere una propiedad. En esta posición se asume que la determinación no tiene por qué verse limitada a realizarse sólo mediante variaciones cuantitativas, ni tiene por qué producirse sólo por compulsión externa, ni tiene por qué ser unívoca o bien definida. Se postula que, en sentido general, la determinación puede enunciarse con la siguiente hipótesis:

«(...) que los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas (determinadas), que tales formas de devenir no son arbitrarias, sino legales; y que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes» (Bunge, 1978:25).

Esta hipótesis, entonces, asume dos principios: a) legalidad, y b) productividad. Que los acontecimientos que ocurren sean legales significa que su devenir está determinado según un conjunto de leyes objetivas, las conozcamos o no (Principio de legalidad). Que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes es una manera de enunciar el principio de productividad (o principio genético) que dice que no existen comienzos ni finales absolutos, sino que todo procede de alguna otra cosa y deja, a su vez, rastros en otras.

Entonces, el determinismo en sentido amplio –determinación general– es aquella teoría ontológica cuyos componentes necesarios y suficientes son: el principio genético –nada puede surgir de la nada ni convertirse en nada– y el principio de legalidad (nada sucede en forma incondicional ni completamente irregular, o sea, de modo ilegal o arbitrario (Bunge, 1978:38-39).

### Categorías de determinación general

La determinación causal o causación y la determinación estadística o probabilística son sólo dos entre las varias categorías que comprende la determinación general (Bunge, 1978:30).

Otras categorías de la determinación general importantes para el estudio de la salud de la población son:

*La determinación funcional* (o causación recíproca o interdependencia funcional): del consecuente, por acción recíproca. Ejemplos: a) El funcionamiento de cada glándula en el organismo humano depende del funcionamiento de cada una de las otras; b) La formación de los profesio-

*La determinación general es una teoría cuyos componentes necesarios y suficientes son: el principio genético (nada puede surgir de la nada ni convertirse en nada) y el principio de legalidad (nada sucede en forma incondicional ni completamente irregular).*



nales de salud es determinada por la práctica profesional en los servicios de salud, la que su vez es determinada por la formación de los profesionales de salud.

*La determinación estructural* (o totalista): de las partes por el todo. Por ejemplo, el estilo de vida de una persona es determinado por la estructura general de la sociedad a la cual pertenece.

*La determinación teleológica*: de los medios por los fines u objetivos. Por ejemplo, la estandarización de los procesos para mejorar la calidad de atención de salud.

*La determinación dialéctica*: de la totalidad del proceso por la «lucha» interna y por la eventual síntesis subsiguiente de sus componentes esenciales opuestos. Ejemplos: a) el estado de salud de una persona es una síntesis de la «lucha» entre los procesos que promueven su salud y los que la deterioran; b) la organización formal de un hospital es una síntesis de la lucha por el poder entre las corporaciones profesionales y otros agentes sociales que coexisten al interior de la organización.

## Determinación general y salud

Desde la perspectiva de la determinación general, puede afirmarse que, como el resto de la realidad, los procesos de salud-enfermedad son situaciones determinadas por un conjunto de contradicciones (determinación dialéctica) que corresponden a varios dominios y que ocurren como emergencia de otros procesos ocurridos en niveles inferiores (determinación estadística y determinación causal) y en niveles superiores (determinación holística). Los procesos de salud-enfermedad devienen interrelacionadamente (determinación funcional), ya sea que se esté buscando una finalidad explícitamente definida (determinación teleológica) o no (Breilh, 1991).

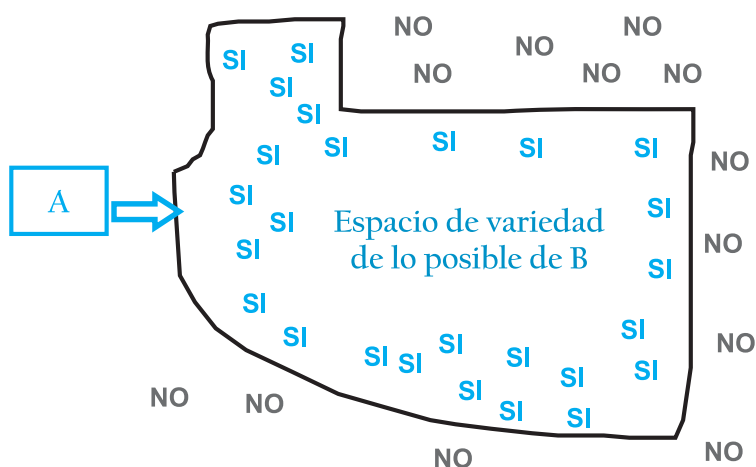
La determinación general, en su aplicación en el campo de la salud, ha recibido importantes aportes de autores latinoamericanos miembros de los movimientos de medicina social (Testa, 1986), salud colectiva, Epidemiología Crítica (Breilh, 1991), y desde la propuesta de planificación de situaciones de poder compartido (Matus, 1987).

*Desde una perspectiva de la determinación general: los procesos de salud-enfermedad son situaciones determinadas por un conjunto de contradicciones que corresponden a varios dominios y que ocurren como emergencias de otros procesos ocurridos en niveles inferiores y en niveles superiores. Los procesos de salud-enfermedad devienen interrelacionadamente, ya sea que se esté buscando una finalidad explícitamente definida o no.*

Sobre la determinación, Testa dice que es «*La definición, por un fenómeno, de las condiciones bajo las cuales otro fenómeno puede ser eficaz*». Este refiere que esta forma de entender la determinación enfatiza la importancia de las condiciones del contorno y, al mismo tiempo, la noción de eficacia destaca su aspecto probabilístico. Este, se acepta que la eficacia es «*la probabilidad de que un fenómeno produzca consecuencias hasta el máximo de su capacidad potencial*». La determinación es aquí entendida como una forma de la causalidad menos «fuerte», no mecánica, del tipo *a una causa dada le sigue exactamente el mismo efecto*, debido a la primordial importancia de las condiciones del contorno, las cuales no se encuentran bajo el control de la causa que se encuentra en acción (Testa, 1986:354).

Para Matus, la determinación se refiere al proceso por el cual la producción de un hecho (llamémosle A), abre el espacio de variedad de lo posible para que se produzca otro hecho (llamémosle B). Si se produce o no el hecho B dependerá de la dinámica del campo (condiciones del contorno) al cual pertenece B en una realidad concreta (Matus, 1987:158).

Figura N° 5. Determinación como creación es un espacio de variedad de lo posible



Entonces, en términos generales, la situación de salud de un individuo, grupo social o sociedad se configura como una emergencia en cada momento histórico y dentro del espacio de variedad de lo posible determinado por la interacción de múltiples procesos físicos, químicos, biológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, tecnológicos, ideológicos, entre los principales. La situación de salud, a su vez, determina la dinámica de los procesos que la determinaron.

A diferencia de posiciones que siguen la tradición clásica en la investigación en salud, que postulan –en su versión más extrema– que lo que ocurre en la salud individual y colectiva se rige por leyes universales, ahora sabemos que individuos y grupos sociales somos actores y espectadores de un proceso vital que no está mecánicamente condicionado por el pasado, sino que hay un futuro abierto a lo que construyamos (Prigogine, 1994).

## ESPACIOS DE LA SALUD

Existe, entonces, una jerarquía dentro de la determinación, una jerarquización según la complejidad y los ámbitos o espacios donde se dan los procesos de salud-enfermedad. La realidad sanitaria puede concebirse sistémicamente como una situación que comprende procesos que se dan en espacios de diferente nivel. Entre dichos procesos existen relaciones de jerarquía, según las cuales los procesos complejos determinan a los procesos simples. Igualmente, los procesos se producen en diferentes espacios poblacionales relacionados, entre éstos también existen relaciones jerárquicas según las cuales las estructuras mayores determinan los procesos en las menores. Para entender e intervenir la realidad sanitaria se requiere tener una visión integrada y explicaciones multinivel (Susser y Susser, 1996; Breilh, 1991; Matus, 1987). En la

realidad, en general, y en la salud de la población en particular, los procesos de los dominios más complejos incorporan a los más simples, sometiéndoles a sus propias determinaciones y leyes, por consiguiente, las leyes que rigen el dominio más complejo de lo social, determinan a las leyes de lo biológico y de lo físico (Breilh, 1995:39).

El abordaje sistémico de la realidad no es propio de la salud pública; se ha desarrollado en múltiples campos de la vida societal, como en la psicología (Bronfenbrenner, 1979), los procesos sociales (Bunge, 1979), la administración (Ackoff, 2002) y para la realidad en su conjunto (Morín, 1997; Capra, 2003).

Desde una perspectiva sistémica, para el caso de la salud pública, la categorización propuesta comprende tres niveles o espacios: singular, particular y general. Estos espacios son dimensiones distintas de una realidad unitaria y dimensiones entre las que se produce la determinación de la salud. El espacio general corresponde al de la sociedad o población en su conjunto, el particular al de los grupos poblacionales, y el singular al individual. (Breilh, 1995; Matus, 1987).

*«Las leyes que rigen el dominio más complejo de lo social determinan a las leyes de lo biológico y de lo físico»  
(Breilh, 1995:39).*

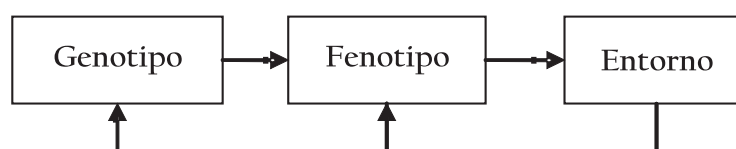
### El espacio singular: «¿Por qué este paciente contrajo esta enfermedad en esta oportunidad?»

Usualmente, el concepto de salud está referido a la salud individual, una condición resultante que ocurre en la cotidianidad de los individuos y en sus genotipos y fenotipos (Breilh, 1995:39). Entonces, asumiendo a un individuo como el nivel de referencia sanitaria, podemos comprender la salud como un arbitrario recorte de su proceso vital, proceso cuyas características están determinadas por la interrelación informacional que se da entre su sistema genético y las demandas del entorno del cual forma parte constituyente (Morin, 1998-a:143).

La vida y, dentro de esta, la salud de un individuo resulta entonces, de la multiplicidad de intercambios que se producen y determinan mutuamente entre su genotipo (normas de reacción de base heredada, pero que siguen transformándose a lo largo de la vida), su fenotipo (procesos fisiológicos que determinan la capacidad metabólica, inmune, neurofisiológica, estructuración y funcionalidad psíquica, etc.) y su entorno (espacio sionatural donde se vive) (Breilh, 1995:43).

La salud, en ese marco, puede ser vista como un proceso que se desarrolla en un espacio singular en el cual rigen leyes específicas, cuya expresión o inhibición determinan la condición de salud individual en cada momento concreto.

Desde una mirada histórica de larga duración podríamos esquematizar la relación descrita de la siguiente manera:

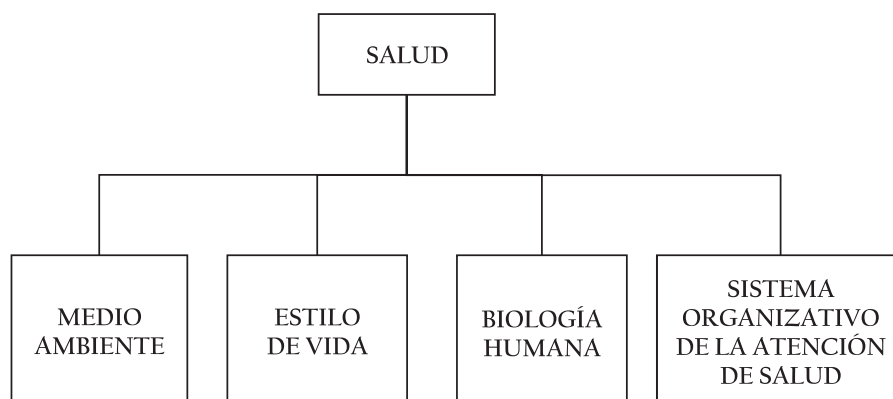


Los problemas de salud de un individuo pueden ser comprendidos –y modificables expresamente con éxito variable- a partir del manejo de los conceptos y el esquema anteriores.

Este enfoque permite –en el marco del conocimiento científico desarrollado hasta un momento dado– abordar la pregunta enunciada por Roy Acheson: «¿Por qué *este* paciente contrajo *esta* enfermedad en *esta* oportunidad?», lo cual no es sólo preguntarse: «¿Cuál es el diagnóstico y cuál es el tratamiento?», sino también «¿Por qué sucedió esto?, y: ¿Podría haberse evitado?» Estas últimas preguntas nos llevan al campo de la investigación clínica y de laboratorio pretendiendo encontrar las causas y los mecanismos por los que se pierde la salud (Rose, 1985:1). Sin embargo, más allá de su utilidad en la atención de salud de una persona, una visión individualista de la salud no permite dar cuenta de la salud en términos colectivos (Bunge, 1999:81).

El espacio de la salud individual ha sido el privilegiado por la denominada epidemiología del comportamiento, el cual es el enfoque subyacente a las intervenciones que enfatizan trabajar sobre los estilos de vida y que prosperó tras el Informe Lalonde (Lalonde, 1974).

Figura N° 6. El concepto de campo de salud



El modelo de Laframboise (1973) –conocido como «concepto de campo de salud»– que se utilizó para proyectar la política sanitaria de Canadá en las décadas de los ochentas y noventas del siglo anterior, fue un avance significativo sobre el modelo anterior conocido como la triada ecológica, cuya base era la unicausalidad. El concepto de campo de salud sostiene que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro divisiones primarias: estilos de vida, medio ambiente, organización de la atención de salud y biología humana (ver figura N° 6). Este modelo epidemiológico corresponde al modelo causal multicausa-multifecto. Buck (1986) dijo que de los cuatro componentes de concepto de campo de salud «*el entorno es el más importante. (...) Si el entorno no es adecuado tampoco lo serán la biología humana, los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria.*»

Entonces, se dio una controversia sobre cuál era la importancia relativa de los cuatro factores determinantes comprendidos en el concepto de campo de salud. Mientras Blum sostenía que lo genético y los estilos de vida eran los más influyentes, para Lalonde y Dever los cuatro eran

*De los cuatro componentes de concepto de campo de salud «el entorno es el más importante. (...)*

*Si el entorno no es adecuado tampoco lo serán la biología humana, los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria» (Buck 1986).*

de igual importancia (Dever, 1991:4-5). En la Carta de Ottawa, se asumió en la práctica que el más importante era el estilo de vida.

Diez años después de la publicación del Informe Lalonde, la posición de Buck ha ido ganando más adeptos con el paso del tiempo, y dado que el entorno no es directamente dependiente de cada individuo, la mirada pasó a escudriñar espacios de mayor amplitud.

### El espacio general: ¿Por qué la diferencia en el estado de salud de las poblaciones de diferentes países?

En salud, entre otros niveles de abordaje diferentes al individual han sido el nacional, regional e incluso mundial. En este caso, la salud se estudia como un proceso que se desarrolla en un espacio en el cual rigen leyes específicas diferentes que en el individual y el particular, cuya expresión o inhibición determinan la condición de salud de la población de un país en cada momento concreto. La pregunta clave en este contexto resulta ser ¿Por qué las diferencias en el estado de salud de las poblaciones de diferentes países?. Las respuestas aludirán tanto a cuestiones internas del país como, por ejemplo, sus políticas de salud o su inversión en el campo sanitario, así como a su inserción dentro del espacio regional y mundial. En este sentido, apunta Epp (1996: 26), cuando refiere que se requiere entender la salud como «una fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano, en el que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico.»

Globalmente, una sociedad moderna puede ser esquematizada como una superposición de cuatro pirámides: biológica, económica, política y cultural. Esto es, «*la estructura social total de una sociedad puede definirse como la unión de sus estructuras biológica, económica, política y cultural.*» (Bunge, 1999: 83-85) Más bien, diríamos que la estructura social total de una sociedad es la configuración resultante de sus estructuras biológica, económica, política y cultural.

El holismo, posición que se concentra en totalidades sociales que se ciernen sobre la acción individual e inclusive la determinan mecánicamente, es tan erróneo como tratar de entender el todo sólo a partir de la suma aritmética de las partes que lo componen, esto es, ignorando las emergencias. Desde una posición sistémica moderna, los individuos en una sociedad son elementos conectados por las relaciones, y el conjunto de todas las relaciones sociales en una sociedad dada es, por definición, la estructura de ésta (Bunge, 1999: 81). Se puede avanzar en el entendimiento de la salud en un ámbito nacional si se concibe a la sociedad «nacional» como un sistema de sistemas. Esto es, un artefacto social conformado por componentes biológicos y socioantropológicos, componentes individuales y colectivos, que se interrelacionan influenciándose mutuamente, tarde o temprano, en mayor o menor medida, configurando un todo que los contiene y determina, a su vez.

Entonces, los procesos de salud-enfermedad que corresponden a los individuos se dan en el espacio que se denomina singular. Los fenómenos de salud que atañen a la sociedad en su conjunto se dan en el espacio que denominamos general, y que en este documento esencial-

mente se refieren al ámbito nacional. Entre ambos, se configura un tercer espacio, el particular que corresponde a los procesos de salud-enfermedad en los grupos o clases sociales.

### El espacio particular: «¿Por qué alguna gente está sana y otra no?»

Los grupos sociales han recibido en la sociología diversas denominaciones, entre las cuales la más utilizada es la de 'clase social'. Ésta es una categoría con múltiples definiciones, pero que ninguna de estas ha logrado imponerse en la comunidad científica con claridad. De hecho, Marx y Engels, quienes fueron sus principales impulsores nunca dieron una definición precisa de 'clase social' a pesar de la posición central que ocupa este concepto en su concepción filosófica, política y económica del mundo. A pesar de que fueron precisamente ellos los primeros en comprender esa centralidad de este concepto en los estudios sociales, concebían las clases sociales exclusivamente en términos económicos, definiendo cada clase por el lugar que ocupaban o el papel que jugaban sus miembros en la economía. Igualmente hizo Max Weber.

*En múltiples estudios, en muchos países, se ha mostrado la existencia de correlación entre la esperanza de vida e indicadores de estatus social, tales como ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, etc.*

Sólo con afanes operativos, esto es, sin pretender introducirse en la amplia y profunda controversia que se ha desarrollado y desarrolla acerca de la definición de grupo o clase social y dada su centralidad en este documento, utilizamos la siguiente definición:

Un grupo social puede entenderse como una colección de individuos que comparten ciertos rasgos biológicos, económicos, políticos o culturales. Por ejemplo: grupos sexuales, ocupacionales, según ingreso económico, políticos o religiosos. Y, algunos grupos constituirán clases sociales en la medida que domina o es dominado por otro grupo social en algún aspecto biológico, económico, político o cultural; y los miembros del grupo dominante se benefician de su pertenencia al mismo, más de lo que lo hacen los dominados por la pertenencia al suyo. Asimismo, es sumamente importante comprender que «todas las clases no son homogéneas, están fraccionadas según lineamientos étnicos, políticos y religiosos» (Bunge, 1999).

Bajo el título: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Evans, Barer y Marmor (1996) estudian la salud basados en el concepto de grupos sociales. Inician su libro respondiendo la pregunta de su título de la siguiente forma: «La gente que ocupa las posiciones sociales más altas vive más tiempo. Entre tanto, además, goza de mejor salud.»

En efecto, un importante número de estudios, en muchos países, ha mostrado la existencia de correlación entre la esperanza de vida y la frecuencia de otros indicadores de salud con indicadores de estatus social, tales como ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, etc. (Wilkinson, 1992). El mismo Evans dice que el estudio de Marmot (1986) muestra que en Whitehall (sede de trabajo de la población estudiada) «la correlación entre el estatus socioeconómico y salud se halla en perfecta forma» (Evans, Barer, Marmor, 1997: 6).



El estudio de este espacio de la salud, el particular, ha recibido múltiples aportes en las últimas décadas que han permitido comprender mejor el por qué de las brechas que se observan en la salud de los grupos sociales en los diferentes países, y sobre todo, han permitido un nuevo enfoque explicativo, el de la determinación general de la salud, que da origen a estrategias mayores y diferentes que el enfoque de los factores de riesgo, en particular, y del determinismo causal, en general. Los aportes más importantes se revisarán en el capítulo siguiente.

## El moderno enfoque de sistemas y las relaciones entre los espacios de la salud

*«Un sistema es un todo que no puede entenderse por análisis».*  
*Ackoff (2002:17).*

Los individuos que conforman la población de un país no viven aislados sino agrupados en diferentes unidades organizacionales, cuyo conjunto puede ser entendido como un sistema. Todo individuo pertenece al menos a un sistema (o red o círculo) social (Bunge, 1978). En este sentido, podemos concebir a la sociedad como un sistema de sistemas: familias, empresas, escuelas, regiones y otras, o, más bien, la sociedad como un sistema de sistemas de sistemas (Morin, 1997).

Bajo la concepción de que la sociedad peruana es un sistema social, el estudio de la salud de su población puede enfocarse a partir de su estructura y sus cambios sincrónicos; entendiendo, en este marco, como «estructura» al conjunto de relaciones, en especial vínculos o fuerzas, entre los componentes del sistema y entre estos y los elementos de su medio ambiente.

Así, «estructura» resulta sinónimo de «organización» y «configuración». Sin embargo, es necesario tener presente las palabras de Ackoff (2002: 17): «*un sistema es un todo que no puede entenderse por análisis*». Es necesario evitar la descripción y la explicación del sistema a nivel de las partes, concebidas como entidades aisladas. Descomponer analíticamente un sistema en sus elementos para entenderlo y explicarlo, descompone también, el sistema. Una explicación reduccionista de un todo complejo, como es el estado de salud, a partir de sus elementos simples y las leyes generales que rigen la relación entre esos elementos, desarticulará, desorganizará, descompondrá y simplificará lo que constituye la esencia misma del sistema: la articulación, la relación, la organización. Empero, por otro lado, también hay que evitar –en el esfuerzo de no caer en el reduccionismo– pasarse al «holismo», esto es, una reducción de las propiedades de las partes a las propiedades del todo (Morin, 1997:149-150).

*Entender la pertenencia multinivel de los individuos en una sociedad (persona-familia-clan-comunidad-región-nación-sociedad) es necesario para evitar los peligros de la muchas veces necesaria esquematización descriptiva o explicativa.*

Entonces, concebida una sociedad como compuesta por niveles, como una estructura ordenada por relaciones todo-partes, debe establecerse cuáles son las relaciones entre esos diversos niveles. Desde las ciencias sociales, los individuos constituyen el nivel más bajo, le siguen las familias y otros subsistemas sociales de diversos tamaños. Un mismo individuo pertenece a varios subsistemas (en sentido de la *physis* que incluye lo biológico, él mismo es un sistema –o

subsistema—), lo cual significa que requerimos trabajar con ordenaciones paralelas de niveles, en que el orden de éstos está determinado por la composición de las cosas involucradas.

Entender la pertenencia multinivel de los individuos en una sociedad (persona-familia-clan-comunidad-región-nación-sociedad) es necesario para evitar los peligros de la muchas veces necesaria esquematización descriptiva o explicativa. Es usual que en las ciencias sociales se divida la sociedad en dos niveles: micro y macro. Aquí, estamos desarrollando un esquema de tres niveles: micro, meso y macro. Asignamos a los grupos sociales el nivel meso. Sin embargo, dependiendo de la complejidad del problema en cuestión y de la complejidad explicativa que se pretenda, puede ser necesario utilizar niveles adicionales de organización, por ejemplo, pico, nano, mega y giga, además de los ya mencionados micro, meso y macro (Bunge, 1999: 83-85).

Estas distinciones de niveles se hacen imprescindibles como marco de trabajo al estudiar las determinantes sociales, debido a que ayudan a caracterizar y explicar los hechos sociales, sea en la modalidad «de abajo hacia arriba» (ascendente) o «de arriba hacia abajo» (descendente) (Bunge, 1999).

Mientras los niveles más altos (macro) revelan regularidades masivas, los niveles más bajos (micro) revelan una gran cantidad de detalles. Metafóricamente, puede afirmarse que para comprender la salud (y cualquier campo de la vida en una sociedad) se requiere del uso simultáneo del «telescopio de Marx y el microscopio de Weber. El primero coloca a los individuos (y grupos) en contexto y el segundo apunta a las fuentes de los rasgos estructurales. Ambos movimientos (ascendente y descendente) son paralelos y mutuamente complementarios; ninguno de ellos es final» (Bunge, idem: 83-85). Esto es, comprender la salud de un grupo poblacional requiere abordarla sistemáticamente.

La perspectiva sistémica de la salud, entonces, implica relacionar tres espacios: a) singular, individual o microsistema, b) particular, subsistemas o mesosistema, y c) general o macrosistema, esto es, esquemáticamente la sociedad puede representarse como una red social de tres niveles,

*La salud de los grupos sociales esta determinada por variables y hechos de los espacios general e individual, así como también, está determinada por la interrelación del grupo estudiado con los otros grupos sociales. Hay entonces una triple determinación.*

*La perspectiva sistémica de la salud implica relacionar los procesos de salud-enfermedad en tres espacios:*

- a) *Singular, individual o microsistema,*
- b) *Particular, subsistemas o mesosistema, y*
- c) *General o macrosistema*

en la cual es imposible desvincular las relaciones de sus elementos relacionados: los componentes del sistema (nodos) se presentan como relacionados (líneas) (Bunge, 1999: 83). Los tres niveles se determinan entre ellos. Así, para el nivel de referencia que interesa en este documento, la salud de los grupos sociales está determinada por variables y hechos de los espacios general e individual, así como también, está determinada por la interrelación del grupo estudiado con los otros grupos sociales. Hay, entonces, una triple determinación.





## CAPÍTULO II

# EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Los análisis de situación representan un importante paso para el establecimiento de prioridades de intervención en el campo sanitario porque permiten establecer cuáles son los problemas prioritarios y quiénes lo tienen. Estudiar la situación de salud de una población requiere de la definición de un conjunto de indicadores que servirán como variables dependientes, éstas se analizan y buscan explicar a partir de otras variables que se les denomina independientes y que, usualmente, se comprenden como pertenecientes a otros diversos campos o dimensiones en que se divide la vida natural y social, respecto a salud. A estas variables independientes, en el marco de los conceptos desarrollados en el acápite anterior, se les denomina determinantes de la salud, en este documento.

*Un carácter o cualidad del estado de salud de un grupo poblacional puede ser comprendido sólo en referencia al sistema del cual es parte y a las interacciones que procesa con los otros grupos sociales.*

Antes de avanzar, es necesario abandonar la idea de que un objeto de estudio puede entenderse en sí mismo. Un carácter o cualidad del estado de salud de un grupo poblacional puede ser comprendido sólo en referencia al sistema del cual es parte y a las interacciones que procesa con los otros grupos sociales. En este sentido, es necesario retomar el precepto de la pertinencia enarbolado por la sistemática: «*convenir que todo objeto que consideremos se define a partir de las intenciones explícitas o implícitas del modelizador*» (Lapointe, 1992).

El objeto de estudio en este trabajo es la salud de la población, de toda la población. La salud es una dimensión de la vida humana valiosa para su accionar cotidiano, no sólo la ausencia de enfermedad. En ese sentido, la salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud.

De otro lado, teniendo en cuenta que todo diagnóstico o análisis situacional es sesgado –tiene, al menos, un sesgo: el propósito (intencionalidad) del actor social que realiza el análisis (Testa, 1986)– es necesario transparentar que el propósito, en este capítulo, es brindar evidencias científicas acerca de la determinación de los procesos y estructuras sociales sobre la salud de la población; evidencias que sirvan para la formulación de políticas de salud en Perú.

Para la realización de este trabajo se ha tomado como base el enfoque de salud de la población, éste difiere sustantivamente del tradicional. Las implicancias de cada enfoque son diferentes radicalmente. Por ejemplo, en cuanto a sus estrategias; a) mientras que la salud pública tradicional se concentra en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas, el enfoque de salud de la población aborda un amplio rango de determinantes de la salud;

y b) mientras la atención de la salud de la población está dirigida a las personas en forma individual –frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud o para las cuales el riesgo de presentar un problema es significativo-, el enfoque de salud de la población diseña sus estrategias para llegar a toda la población y privilegia la promoción de la salud (Canada Health y OPS/OMS, 2000:8).

Entonces, en consonancia con el enfoque de salud de la población y con los aspectos teóricos desarrollados en el capítulo anterior, la información que se presenta en este capítulo busca responder a la pregunta siguiente: ¿qué es lo que hace que las poblaciones sean saludables? (Canada Health), o más específicamente, como preguntan Evans, Barer y Marmor (1996): *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*. En ambas publicaciones, la respuesta es la misma: los determinantes de la salud.

Diversos estudios han ido proveyendo a los tomadores de decisiones de políticas de salud de un creciente cúmulo de evidencias acerca de la importancia de los determinantes clave que influyen sobre la salud de la población (Wilkinson y Marmot, 1998). Entre éstos se encuentran el ingreso y posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, el desarrollo del niño y los servicios de salud. Todos estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados (Canada Health-OPS/OMS, 2000: 14).

En este informe se muestran algunas de las más importantes evidencias sobre las determinantes sociales de la salud provenientes de estudios realizados en Perú y otros países; evidencias que se propone a los dirigentes de sectoriales y nacionales tomar en cuenta para la formulación de políticas sanitarias. Aceptando que el traslado de las evidencias científicas a la política y la acción es siempre un proceso complejo –por ejemplo, los gobiernos y tomadores de decisión recién después de más de media generación han reconocido y empezado a utilizar los desarrollos sobre inequidad social y salud (Acheson en Wilkinson y Marmot, 1998)– es patente la urgencia de emprender dicha tarea.

*Determinantes clave que influyen sobre la salud de la población:*

- *ingreso y posición social,*
- *redes de apoyo social,*
- *educación,*
- *empleo y condiciones de trabajo,*
- *entornos físicos seguros y limpios,*
- *características biológicas y constitución genética,*
- *desarrollo del niño*
- *servicios de salud.*

*(Wilkinson y Marmot, 1998)*

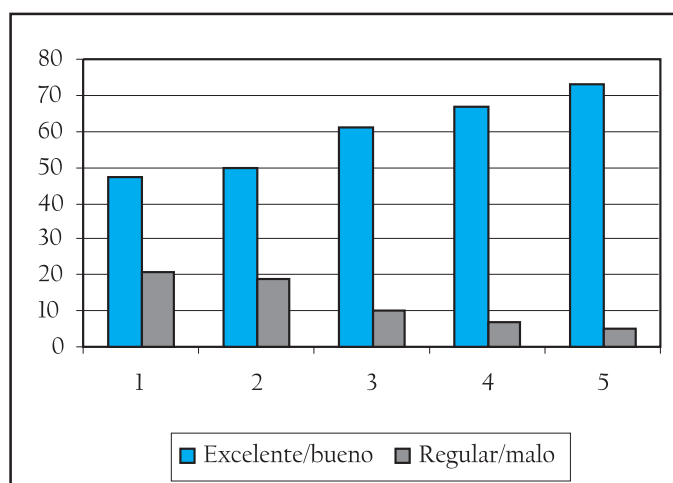
## INGRESO ECONÓMICO, POSICIÓN SOCIAL Y SALUD

En general, las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Canada Health, 2000: 84-85; Canada Health-OPS/OMS, 2000: 15).

## Autoevaluación del estado de salud

Se ha demostrado que la percepción del propio estado de salud que hace una persona es un factor fiable de predicción sobre los problemas de salud (Canadá Health, 2000: 17). La percepción que las personas tienen de su estado de salud está vinculada a su nivel de ingreso como se muestra en la Figura N° 7 para el caso de Canadá, donde 47% de los adultos con ingresos más bajos calificó su salud como excelente o muy buena y el 21% la describió como regular o mala. Entre los canadienses del nivel de ingresos más alto, las cifras fueron de 73% y 5%, respectivamente. Esto es, los que vivían en los hogares de ingresos más bajos tenían una tendencia cuatro veces mayor a describir su salud como regular o mala que aquellos que vivían en los hogares con ingresos más altos (Canadá Health, 2000: 17-18).

Figura N° 7. Autoevaluación del estado de salud, según nivel de ingreso\*, canadienses de 12 años o más, 1966-97



\*: Los ingresos en este cuadro, se basan en la NPHS (en inglés), representan los ingresos domésticos totales, antes de los impuestos que se ajustan al tamaño de la familia y estandarizados en función de la edad.

Fuente: Statistic Canada. National Population Health Survey, 1996-97

## Ingresos y salud en Perú

Tradicionalmente, la pobreza se ha definido como resultado de un ingreso familiar bajo o ausente<sup>1</sup>, y los indicadores más utilizados han sido el producto bruto interno *per cápita* y el ingreso comparado a una cifra referencial (1 ó 2 dólares/día).

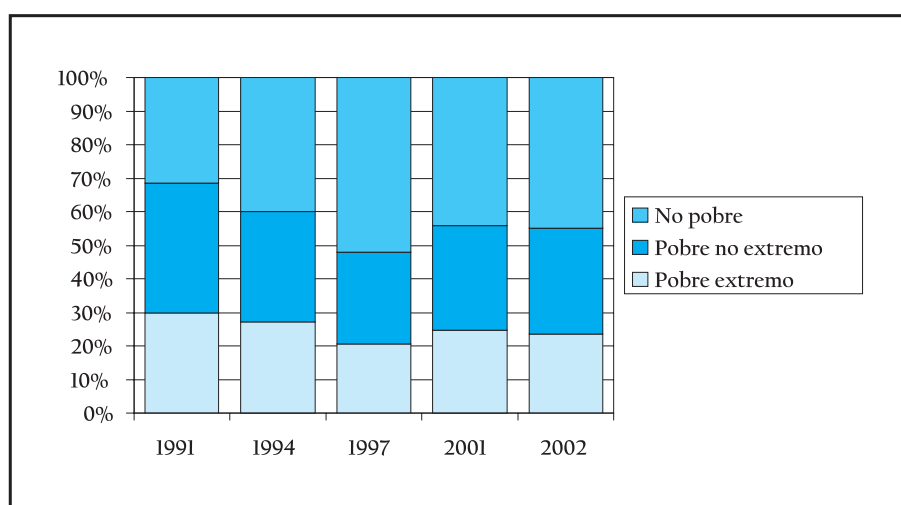
Usando los indicadores mencionados, se observa que el PBI *per cápita* en Perú, partiendo de 2400 dólares EE.UU. en 1981 bajó a cerca de dos mil en los años siguientes para regresar a la misma cifra en 1987; desde allí hubo una caída hasta cerca de 1700 dólares EE.UU. entre

<sup>1</sup> En la última parte de este documento se trabajará con una concepción de pobreza más moderna.

1989 y 1994. Desde entonces aumentó hasta ubicarse entre 2100 y 2200 dólares EE.UU. hasta el 2002. Esto quiere decir que, tras una serie de altibajos, nuestra productividad promedio *per cápita* está debajo de la que teníamos hace 20 años.

Sin embargo, más allá del excesivamente bajo PBI *per capita*, el porcentaje de la población con ingresos inferiores a la paridad del poder adquisitivo de 1 y 2 dólares por día (pobre extremo y pobre no extremo) ha oscilado entre 30 y 24%, y 38 y 28% (Figura N° 8), en cifras redondeadas. En resumen, la pobreza campea en Perú.

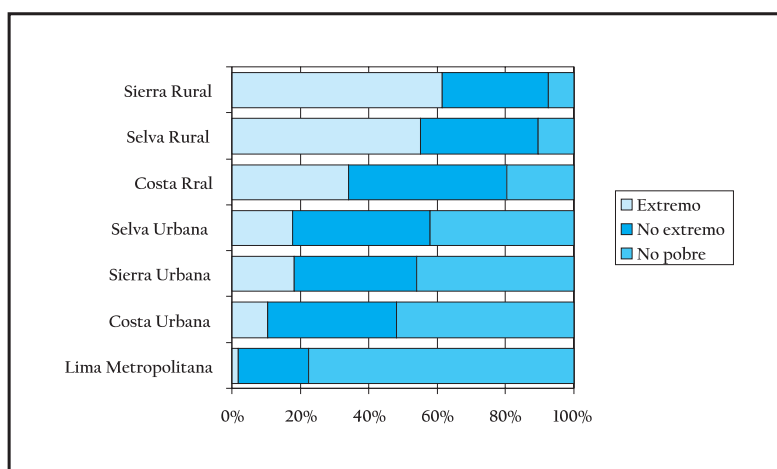
**Figura N° 8. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a la paridad del poder adquisitivo de 1 y 2 dólares por día (pobre extremo y pobre no extremo)**



Fuente: INEI. ENAHO 1997/2001/2002 IV Trimestre

Como es de esperar, la distribución es muy desigual según regiones. Más del 90% de la población de la sierra y selva rurales está en situación de pobreza (extrema, mas no extrema), y en la costa rural lo está más del 80%, según datos del 2002. Las cifras son menores en el ámbito urbano: selva 58%, sierra 54% y costa poco menos del 50%. Estas últimas, evidentemente, están bastante por debajo de las proporciones terribles del ámbito rural, pero siguen siendo sumamente elevadas. Las cifras de Lima Metropolitana son relativamente bajas, los pobres constituyen el 23% aproximadamente. Este porcentaje, no debe llevar a engaño. Asumiendo, que en Lima viven cerca de siete millones de personas, los pobres son poco más de 1,6 millones de habitantes.

Figura N° 9. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a la paridad del poder adquisitivo de 1 y 2 dólares por día, según ámbito geográfico



Fuente: INEI. ENAHO 1997/2001/2002 IV trimestre

La desigual distribución del ingreso entre departamentos, según indica el índice de Gini<sup>2</sup> (0,26), calculado con datos de 2002, es inequitativa (González, 2004).

El ingreso económico es uno de los factores determinantes de la salud, como se ilustra en los siguientes subcápites.

### Ingresos y tasa de mortalidad infantil

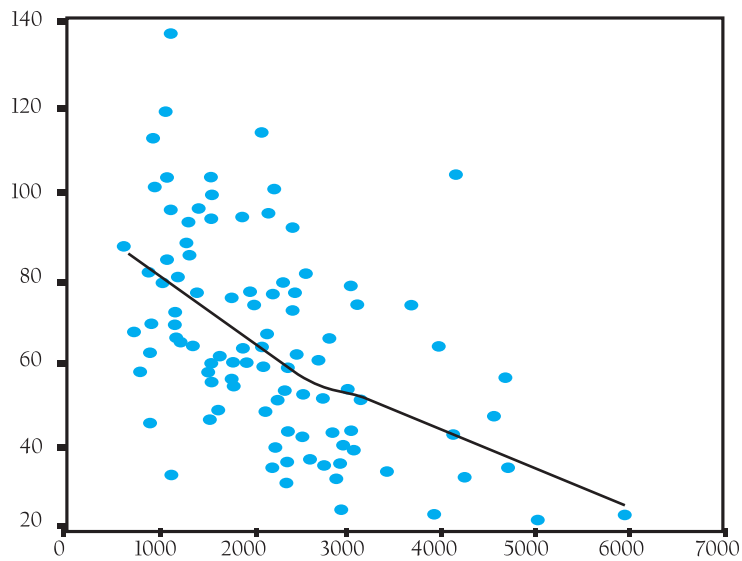
El indicador resumen de salud más utilizado es la tasa de mortalidad infantil (TMI). La medición de la TMI incluye todas las defunciones en menores de un año que ocurren en la población de 1000 nacidos vivos (*nv*) en un periodo de un año.

La mortalidad infantil muchas veces es tratada como *el* indicador del estado de salud de una población, prácticamente se le enarbola como un indicador de desarrollo socioeconómico o de la exitosa aplicación de políticas sociales. Llega, entonces, a adquirir una importancia más política que técnica. Además, tiene notable efecto sobre otro indicador que ha venido recibiendo el mismo tratamiento político en los últimos tiempos, la esperanza de vida al nacer.

En Perú, como se muestra en la Figura N° 10, se ha encontrado una marcada asociación entre la TMI y niveles decrecientes de ingreso (MINSA, SEPS, OPS, 1999: 9).

<sup>2</sup> El índice Gini toma valores entre 0 y 1. Cero indica total equidad, y uno equivale a la total ausencia de equidad.

Figura N° 10. TMI e ingreso per capita. Perú, 1997

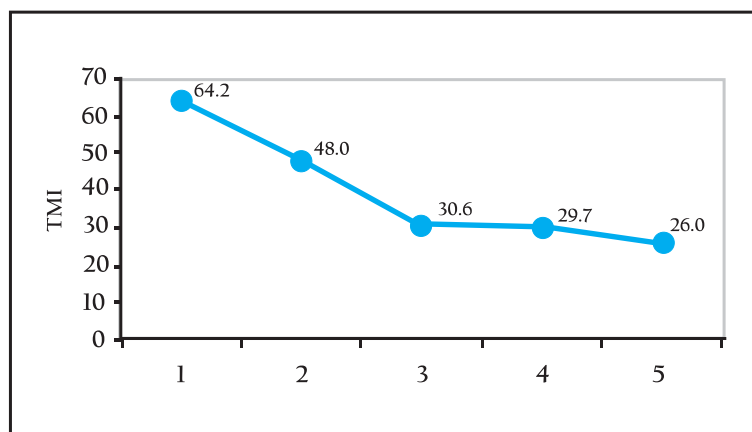


Promedio ingreso percapita anual (nuevos soles)

Fuente: MINSA, SEPS, OPS. 1999.

Asimismo, en un estudio realizado por el Banco Mundial, el año 2000, se examina la TMI según el nivel socioeconómico del hogar y se aprecia que la mayor incidencia de muertes infantiles se concentra en los estratos de ingreso inferiores: dos tercios de las muertes infantiles ocurren en el 40% de los hogares con menor ingreso económico (Figura N° 11).

Figura N° 11. Tasa de mortalidad infantil, según quintiles (muertes por cada mil nacidos vivos)



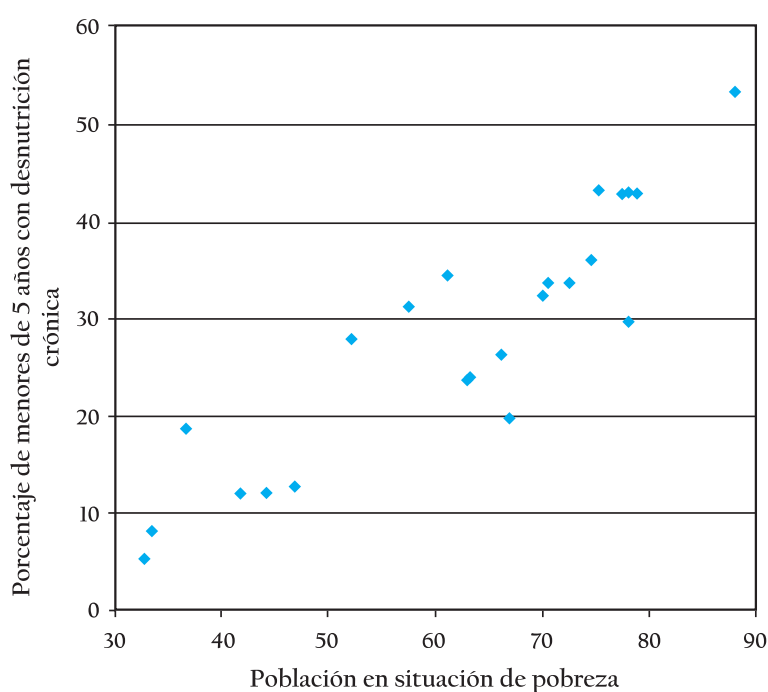
Fuente: Banco Mundial (2000).

La distribución de los fallecidos menores de un año con relación a la distribución por deciles de ingreso muestra un patrón inequitativo. El índice Gini fue de 0,0464 y se interpreta como un indicador de una desfavorable distribución de la muerte infantil hacia los más pobres.

### Ingreso y nutrición

La proporción de niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica muestra una relación prácticamente directa con los niveles de pobreza.

**Figura N°12. Desnutrición crónica en menores de 5 años de edad, según niveles de pobreza, (año 2000)**



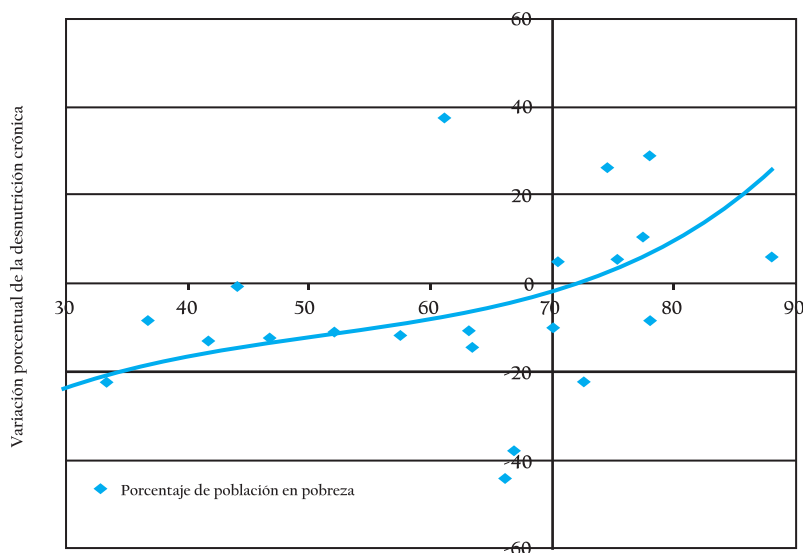
Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 y Encuesta Nacional de hogares 2001

Elaboración: Fernando González

A nivel nacional, entre 1996 y el año 2000, hubo una ligera reducción de la desnutrición infantil, de 25,8 a 25,4. Sin embargo, de los nueve departamentos con más del 70% de población en situación de pobreza, 7 de ellos incrementaron su porcentaje de niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica.



Figura N°13. Variación en la desnutrición crónica de los menores de 5 años, entre 1996 y el año 2000, según niveles de pobreza



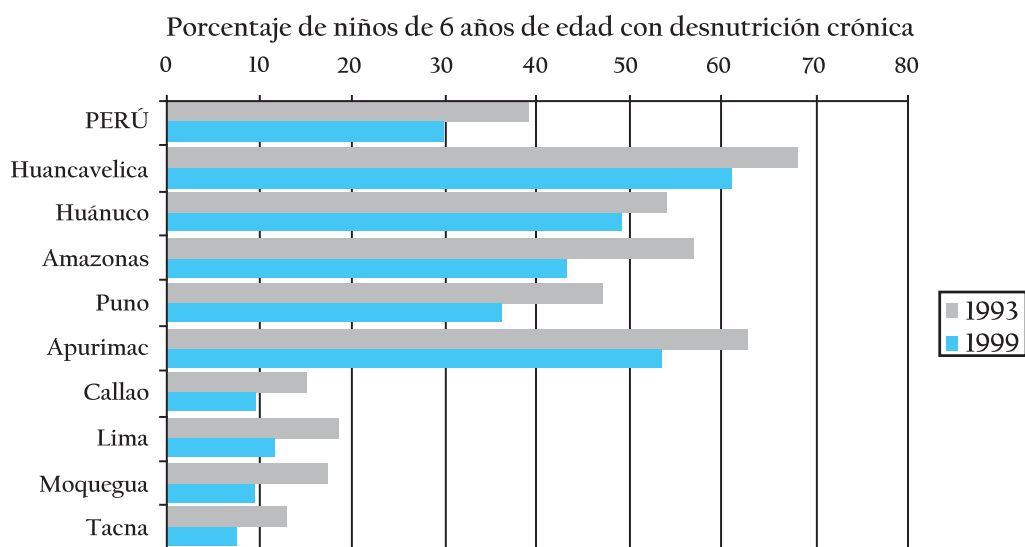
Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 y Encuesta Nacional de hogares 2001

Elaboración: Fernando González

El coeficiente Gini muestra que la desnutrición crónica en menores de 5 años es inequitiva y, más aún, que entre los años 1996 y 2000 la inequidad ha aumentado (González, 2004).

Al igual que con otros estados de salud-enfermedad mencionados, dentro del país existen brechas enormes cuando se comparan poblaciones de diferentes ámbitos geográficos seleccionados con el criterio de mostrar las diferencias según los niveles de pobreza. En la figura N° 14, se observa, con cifras de los años 1993 y 1999, las diferencias entre las proporciones de niños de 6 años con desnutrición crónica en algunos departamentos seleccionados con la intención de remarcar dichas diferencias. Como es de esperar, existen altos porcentajes de niños desnutridos crónicamente en los departamentos donde el ingreso es también menor: Huancavelica, Apurímac, Huánuco y Amazonas superaban, con claridad, el 50%, en 1993. En ese entonces, el promedio nacional era cercano al 40%, y aunque disminuyó a 30% en 1999 por efecto de una disminución en la totalidad de los departamentos (en los cuales la disminución porcentual fue entre 5 y 10 puntos), estas siguen siendo cifras tremendamente elevadas, la inequidad y en aumento (Coeficiente Gini en 1993: 0,23 y en 1999: 0,28) (González, 2004).

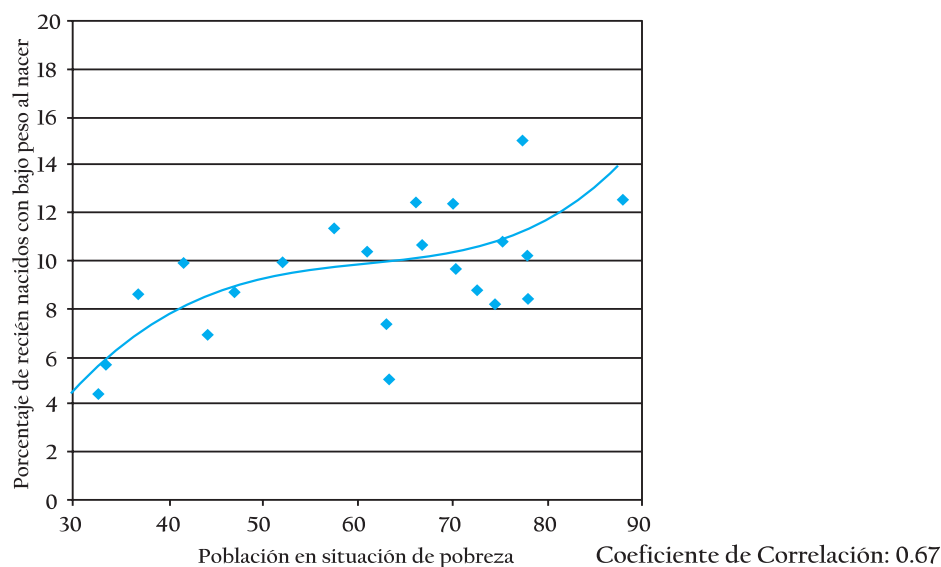
Figura N° 14. Desnutrición crónica en niños de 6 años de edad, Perú 1993 y 1999, para algunos departamentos seleccionados



Fuente: Ministerio de Educación. Censos Nacionales de Peso y Talla en Escolares, 1993 y 1999. Elaboración: Fernando González

La desnutrición en los niños pobres no sólo es un proceso que se instala con el transcurrir de su temprana vida, un alto porcentaje desde que nacen tienen bajo peso. El bajo peso al nacer es una característica que se presenta con una enorme inequidad (coeficiente Gini: 0,67), tal como se muestra en la Figura N° 15.

Figura N° 15. Bajo peso al nacer entre los nacimientos ocurridos entre 1995 y el año 2000, según departamentos y niveles de pobreza



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2000, y Encuesta Nacional de Hogares, 2001.

Elaboración: Fernando González

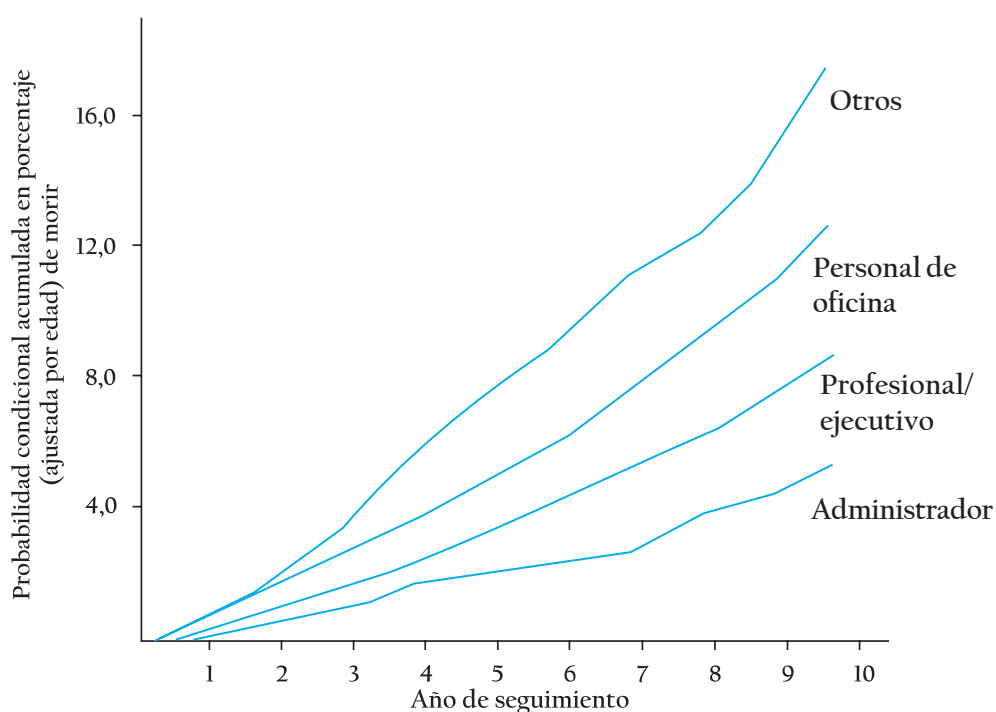
## POSICIÓN SOCIAL Y SALUD

### Jerarquía y efectos sobre la salud

Marmot (1986; Marmot, Kegevinas y Elston, 1987) estudió a más de 10 000 funcionarios ingleses por casi 20 años. Durante ese lapso acumuló una gran cantidad de datos de cada persona, longitudinalmente. Esto es resaltado por Evans como información de calidad superior para estudiar las determinantes de la salud en comparación con la información que se toma en un momento dado (transversal) y que son promedios (Evans, Barer y Marmot, 1996: 5).

Otra importante virtud de la base de datos de Marmot es que le permitió dividir fácilmente y sin ambigüedades a la población estudiada en grupos jerárquicos, y con ello analizar a la posición de los grupos sociales en estructura social jerárquica como determinante de la salud. Así, al estudiar la mortalidad en varones de entre 40 y 64 años (estandarizada por edad), en un periodo de 10 años, Marmot encontró que era tres veces y media mayor en los funcionarios pertenecientes a las categorías administrativas más bajas y a los trabajadores manuales que en los grados administrativos superiores (Marmot and Theorell, 1988). Había una gradiente evidente, la mortalidad aumentaba conforme se descendía en el escalón jerárquico. (Ver Figura N° 16).

**Figura N° 16. Estudio de Whitehall: mortalidad por todas las causas entre la población total, según año de seguimiento**



Fuente: Marmot (1986:23)

En el estudio mencionado anteriormente, Marmot (1986) dice:

«Todos eran empleados, la mayoría en puestos de oficinista de bajo riesgo desde el punto del entorno físico (o, al menos, con riesgos no mayores que los de las clases situadas encima de ellos); los niveles profesionales y ejecutivos gozaban además, de remuneraciones relativamente buenas, en comparación con la población general» (Evans, Barer, Marmot, 1997: 7).

Estos datos permiten escapar de muchas versiones deterministas mecánicas que pretenden explicar una situación de salud dada sólo por el estatus socioeconómico –(los pobres enferman debido a la ausencia de precondiciones materiales de la salud, como dieta deficiente, mala condiciones de la vivienda, hacinamiento, exposición a la violencia, contaminantes medioambientales, etc). No se trata de negar a la pobreza como explicación, sino entenderla como una condición compleja, con múltiples dimensiones, entre las cuales la económica es una de ellas; seguramente con un alto peso relativo respecto a las otras dimensiones de la vida societal, pero no es, de modo alguno, la única.

Marmot, tras observar que la gradiente de mortalidad se daba en un importante número de las enfermedades o causas de muerte estudiadas, infiere que «*hay algo que influye poderosamente sobre la salud y está correlacionado con la jerarquía per se*». (Evans, Barer, Marmor, 1997: 7) Ver Tabla N° 1.

**Tabla N° 1. Mortalidad relativa ajustada por edad, en diez años, según categoría como funcionario y causa de muerte**

Causa de muerte	Administradores	Profesionales y ejecutivos	Personal de oficina	Otro
Cáncer de pulmón	0,5	1,0	2,2	3,6
Otro cáncer	0,8	1,0	1,4	1,4
Enf. coronaria	0,5	1,0	1,4	1,7
Enf. cerebrovascular	0,3	1,0	1,4	1,2
Bronquitis severa	0,0	1,0	6,0	7,3
Otra patología respiratoria	1,1	1,0	2,6	3,1
Enf. gastrointestinales	0,0	1,0	1,6	2,8
Enf. genitourinarias	1,3	1,0	0,7	3,1
Accidentes y homicidios	0,0	1,0	1,4	1,5
Suicidio	0,7	1,0	1,0	1,9

Causa de muerte	Administradores	Profesionales y ejecutivos	Personal de oficina	Otro
Causas no relacionadas con el fumar:				
Cáncer	0,8	1,0	1,3	1,4
No cáncer	0,6	1,0	1,5	2,0
Todas las causas	0,6	1,0	1,6	2,1

Fuente: Marmot (1986: 25)

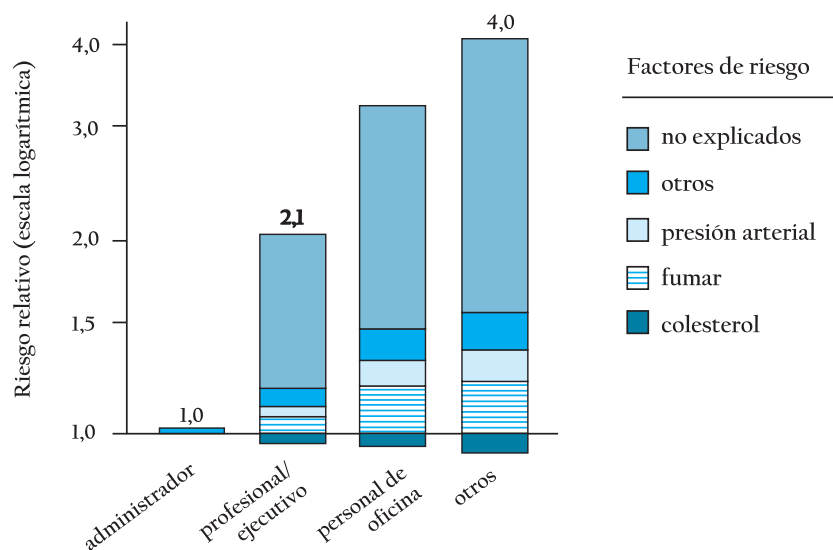
Para las muertes por cáncer pulmonar y enfermedades coronarias, la correlación con el consumo de tabaco era clara: a mayor consumo de tabaco mayor mortalidad. Sin embargo, en los datos de Marmot, el consumo de tabaco apareció con un patrón sistemático, la prevalencia de fumadores era diferente según la clase social: en los grupos jerárquicamente inferiores el tabaquismo era mayor. Más aún, entre los fumadores del grupo de posición alta, la probabilidad de morir por causas relacionadas al tabaco era menor que en los grupos de abajo (Ver Tabla N° 2). Estos resultados deben llevarnos a extremar el cuidado para no hacer un manejo simplista de los factores de riesgo, de asumir que la relación con la entidad asociada es de orden causal, posición que, perversamente, puede derivar en la revictimización cuando se afirma que fumar es una elección personal, por tanto, las enfermedades asociadas estadísticamente al tabaquismo serían producto de la propia elección del enfermo, su culpa.

**Tabla N° 2. Mortalidad ajustada por edad, en diez años (y número de muertes por enfermedad coronaria y cáncer de pulmón), según categoría y estatus respecto de fumar**

Causa de muerte	Administradores	Profesionales y ejecutivos	Personal de oficina	Otro	Total
No fumadores					
Enf. coronaria	1,4	2,36	2,08	6,89	2,59
Cáncer de pulmón	0,0	0,24	0,0	0,25	0,21
Ex fumadores					
Enf. coronaria	1,29	3,06	3,32	3,98	3,09
Cáncer de pulmón	0,21	0,50	0,56	0,62	0,62
Fumadores en ese momento					
Enf. coronaria	2,16	3,58	4,92	4,00	4,00
Cáncer de pulmón	0,35	0,73	1,49	2,00	2,00

Ampliando un poco más, siempre usando datos de Marmot (1978), la conducta fumadora no era el único factor de riesgo «individual» que no explicaba la gradiente. Cuando se tomó en consideración la conocida triada «fumar, hipertensión arterial y colesterol elevado», el riesgo de padecer enfermedad cardíaca era mayor en el grupo que la presentaba y pertenecía al nivel jerárquico inferior que entre los que la tenían y pertenecían al nivel jerárquico superior, el riesgo relativo fue 3,2 veces mayor (Ver Figura N° 17).

**Figura N° 17. Riesgo relativo de muerte por enfermedad coronaria en las diversas categorías «explicado» por factores de riesgo (estandarizado por edad)**



Fuente: Marmot (1978: 248)

De la información anterior, Evans sugiere «*la existencia de algún proceso subyacente causal, correlacionado con la jerarquía que se expresa a través de distintas enfermedades. Las patologías concretas que acaban con la gente serían simplemente vías o mecanismos alternativos para hacerlo, en lugar de «causas» de enfermedad y muertes; el factor esencial es algo distinto*». Ese «algo distinto» estaría relacionado con la posición de cada uno en una jerarquía (Evans, Barer, Marmot, 1997: 10).

### Exclusión social y salud

Si bien, estar en los escalones inferiores de la jerarquía social afecta negativamente a la salud, la exclusión social resulta absolutamente negativa. Tomemos el caso de la exclusión de las comunidades indígenas de la amazonía peruana.

Hay diferentes formas de exclusión social. Una de las formas más frecuentes de excluir a un grupo poblacional es tenerlo siempre presente, pero bajo una imagen distorsionada. Es el caso de la región amazónica de la cual se suele resaltar su condición de tesoro ecológico de la humanidad. La parte de ese tesoro que está en Perú está sumamente abandonado, a pesar de que tiene una extensión aproximada de 775,650 km<sup>2</sup>, que equivale al 62% del territorio nacio-

nal. A vistas del trabajo sanitario, en general, y de promoción de la salud, en particular, hay que remarcar que la amazonía es homogénea sólo en apariencia. En realidad está compuesta por diferentes ecotipos, recursos, suelos y grupos sociales. No es ni tan fértil ni tan homogénea, como concluye una publicación del Gobierno Regional de Loreto (UNICEF, 2001). Estas diferencias tienen importantes implicaciones en salud, tanto en el perfil epidemiológico ligado a los diferentes entornos, como en aspectos demográficos, sociales, económicos y culturales.

Mientras la sierra es una región de la cual la gente emigra, la selva tradicionalmente ha sido receptora de migrantes llevados por sus expectativas económicas, expectativas que excepcionalmente se ven satisfechas. Más del 65% de la población es pobre, incluso en Madre de Dios lo es más del 75%. Sin embargo, la pobreza –en términos de ingresos económicos– sólo es uno de los elementos que configuran una situación de exclusión, probablemente mayor a la que atraviesan las etnias quechuas o aimaras. Esta exclusión, entendida como «*un cúmulo de procesos que interactúan, generando pobreza, desigualdad y otros fenómenos*» tiene determinantes estructurales desarrollados a lo largo de una historia de depredación y explotación indiscriminada de sus recursos, que han sido siempre de carácter extractivo no sostenible y que no dejaron significativos beneficios para las poblaciones locales (UNICEF, 2001). Situación similar a las regiones donde se asientan las minas en la sierra.

Bajo la idea central de que los diferentes grupos sociales de la amazonía peruana requieren de estrategias diferenciadas para promover su salud –debido a que constituyen colectividades con culturas diferentes y, por lo tanto, con criterios también diferentes de lo que es un servicio de salud culturalmente aceptable–, es importante distinguir cuáles son, al menos, los principales grupos sociales. Para ello, resulta útil la clasificación de: la población indígena amazónica, la población rural amazónica y la población urbana.

La población indígena amazónica, mayormente organizada en comunidades nativas, tiene una población total que asciende, según el censo de 1993, a casi 300 000 habitantes que están distribuidos en 72 grupos étnicos pertenecientes a 12 familias lingüísticas, además de una veintena de grupos en estado de extinción o de aislamiento. Los grupos étnicos mayoritarios son los aguarunas (45 137 habitantes) y los asháninkas (40 518 personas).

En las comunidades nativas se practica una economía de subsistencia, de carácter primario (agricultura, caza, pesca y recolección) con intercambio basado en el trueque. La población es joven: el 50% es menor de 15 años –cifra altamente superior a 21% que es el promedio nacional del peso relativo de ese grupo de edad–, altos niveles de fecundidad y mortalidad, esperanza de vida que fluctúa entre 40 y 50 años de edad (el promedio nacional es 68,3%), y también siendo diferente que en el nivel nacional, en las mujeres la esperanza de vida es más baja que en los hombres.

El índice de masculinidad es 109, pero en el tramo 15 a 64 años es 120, siendo este un dato indirecto de la alta

*Estos bajos cocientes entre las mujeres y los hombres, en parte pueden deberse a la mortalidad materna, parece que la mejor explicación es a partir de considerar los factores sociales; «el principal culpable es la relativa despreocupación por la salud y la nutrición de las mujeres, en especial –pero no exclusivamente– durante la niñez» (Sen, 2000:136).*

mortalidad materna en la población. La ausencia de registros no permite cálculos directos (UNICEF, 2001). Este fenómeno conocido actualmente como las «mujeres desaparecidas», descrito por Sen (1992), consiste en una excesiva mortalidad y tasas de supervivencia artificialmente más bajas en mujeres que se da en varias partes del mundo, y que reflejan crudamente una gran desigualdad social en la cual las mujeres tienen una importantísima privación de capacidades. Mientras en Europa, en Norteamérica y, también en Latinoamérica tomada como un todo, el número de mujeres tiende a ser claramente mayor que el de hombres, con cocientes entre las mujeres y los hombres superiores a 1,05, en muchos países del mundo no desarrollado, sobre todo en Asia y África, la situación es diametralmente diferente: los cocientes entre las mujeres y los hombres es menor a 1 –como en el caso de Egipto (0,95), Bangladesh, China, oeste de Asia, (0,94) la India (0,93) y Pakistán (0,90)–. Para el caso de los asháninkas mencionado en el párrafo anterior llega a 0,92 en la población general, y baja más –a 0,83– en el tramo de 15 a 64 años. Estos bajos cocientes entre las mujeres y los hombres, en parte pueden deberse a la mortalidad materna, parece que la mejor explicación es a partir de considerar los factores sociales; «el principal culpable es la relativa despreocupación por la salud y la nutrición de las mujeres, en especial –pero no exclusivamente– durante la niñez» (Sen, 2000: 136).

*La mortalidad infantil y la fecundidad en las comunidades nativas están entre las más altas del país.*

Más aún, sobre las determinantes sociales de la salud en los grupos amazónicos. Dentro de los fenómenos recientes que más han impactado en la vida y la salud de los grupos amazónicos están el narcotráfico y el terrorismo. Los ejecutores de ambos fenómenos en su repliegue han incursionado hacia las áreas donde los indígenas tienen un peso importante, habiéndolos comprometido en sus actividades. Incluso, se denunció que a inicios de 1991, «cerca de 10 000 asháninkas se encontraban cautivos en manos de Sendero Luminoso, y se estima que entre 1993 y 1994 otros tantos se encontraban desplazados de sus asentamientos de origen en busca de condiciones mínimas de seguridad para sus vidas» (UNICEF, 2001). Estas poblaciones muestran un perfil epidemiológico en el que resalta la desnutrición, las infecciones del tracto respiratorio, la enfermedad diarreica aguda y la parasitosis, además de las secuelas psicológicas, cognitivas y espirituales determinadas por el desplazamiento y el cautiverio (Rodríguez, 1993). Empero, más allá de tener un diferente perfil epidemiológico en términos de las enfermedades presentes, hay que remarcar la notable disparidad respecto a los promedios nacionales. Por ejemplo, la mortalidad infantil y la fecundidad en las comunidades nativas están entre las más altas del país. La mortalidad infantil está entre 99 y 153 por mil nacidos vivos y la fecundidad varía entre 7,4 y 11,2 hijos, en las comunidades amazónicas, mientras los promedios nacionales son 4,3 y 3,4 respectivamente.

Otros importantes grupos sobre los que pesa la pobreza y la exclusión en la selva son: las poblaciones ribereñas, los colonos, los campesinos de montaña y los migrantes. Es importante diferenciarlos, en la medida que sus perfiles epidemiológicos y culturales tienen implicancias directas en el trabajo sanitario y en la promoción de la salud, particularmente. Por ejemplo, entre los migrantes la mayoría provienen de la sierra y 40% de ellos se distribuyen en la selva alta donde se dedican a la agricultura. Destacaron en la incidencia de la llamada andinización de la selva alta, en términos de usos y costumbres culturales, los efectos de las formas de cultivar. En la sierra se cultiva en campo abierto, lo cual no es la costumbre en la amazonía; los colonos, al



no conocer otra forma, talan los árboles para tener un campo abierto. Ello, además de la desertificación, tiene impacto sobre la salud; al cambiar el ecosistema en esa zona se crean las condiciones para la aparición de enfermedades que antes no existían, tal es el caso de la leishmaniasis mucocutánea. Las necesidades de la acción intersectorial y la determinación social de la salud aparecen con claridad en este ejemplo. En parte, de allí la importancia de considerar la migración como una de las variables determinantes de la salud de algunos grupos poblacionales.

## Pobreza y salud

Evidentemente, mejorar la posición socioeconómica de los grupos sociales y de la población en su conjunto es de suma importancia, sin embargo, no es la única opción; se requiere actuar tanto en los niveles singular, particular y general, lo que implica adoptar una concepción distinta de qué es la pobreza.

*Sen define la pobreza como «la privación de capacidades básicas», privación de la cual reconoce que la falta de renta es una de las principales causas, más no la única.*

La pobreza definida como un insuficiente ingreso económico (renta), generalmente tomando como referencia una cifra absoluta o relativa a la capacidad adquisitiva que otorgaba y que ha sido la perspectiva tradicional para examinar la pobreza es de utilidad limitada para el análisis y la acción en salud de la población. En los últimos años, Amartya Sen ha desarrollado una nueva perspectiva de la pobreza que es más potente para el trabajo

en salud de la población. Sen define la pobreza como «la privación de capacidades básicas», privación de la cual reconoce que la falta de renta es una de las principales causas, mas no la única (Sen, 2000: 114).

Frente a lo dramático de la pobreza en Perú, podría interpretarse como academicismo buscar otra definición de pobreza que no sea la insuficiente renta para cubrir las necesidades básicas. Sin embargo, hay que notar que «la relación instrumental entre la falta de renta y la falta de capacidades *varía* de unas condiciones a otras e incluso de unas familias a otras y de unos individuos a otros (la influencia de la renta en las capacidades es contingente y condicional)» (Sen, 2000: 114).

*Es relevante tener en cuenta que la variación en la falta de capacidades tiene importantes repercusiones para el establecimiento de políticas de salud orientadas a la búsqueda de equidad y, específicamente, para la promoción de la salud.*

La variación en las necesidades de las personas y de los grupos sociales, en el campo sanitario pueden derivar de una edad avanzada (por ejemplo, la incapacidad de atender su cuidado personal), de los roles que la sociedad atribuye a los géneros (por ejemplo, la triple carga de trabajo de las mujeres y la violencia familiar contra las mujeres), del lugar donde se reside o trabaja (p.ej., la falta de transporte adecuado hacia los servicios de salud en la selva y sierra rurales, la mayor cantidad de radiación solar y la gran hipoxia a la que están expuestos los habitantes de las grandes alturas, la inseguridad y la violencia en las grandes ciudades, etc.), la situación epidemiológica (p.ej., las enfermedades endémicas en una región, como la hepatitis B en varias zonas de Ayacucho o de malaria en una importante parte del país), y de otros factores sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control.

Para el enfoque de salud de la población es relevante tener en cuenta que la variación en la falta de capacidades tiene importantes repercusiones para el establecimiento de políticas de salud orientadas a la búsqueda de equidad y, específicamente, para la promoción de la salud. Al entender la pobreza como la falta de capacidades básicas se devela con mayor claridad la necesidad de promover la salud de los grupos o clases sociales con necesidades específicas derivadas de situaciones que disminuyen o limitan sus conjuntos de capacidades, esto es, su libertad de escoger sus estilos de vida, en particular, y de controlar y decidir sobre las circunstancias de su vida, en general.

Por otro lado, siempre según Sen, no hay una relación unidireccional entre la falta de renta que tienen las personas y las dificultades para servirse de la renta para hacer o ser lo que ellas valoran. Un caso que permite ilustrar esta afirmación es el de los ancianos, incapacitados o enfermos que tienen reducida su capacidad para generar sus ingresos económicos, pero también les es más difícil convertir la renta en capacidad, debido a que una persona de edad avanzada, más incapacitada o más enferma puede necesitar más renta (para personas que les ayuden en su cuidado, para prótesis, para tratamiento) para lograr las mismas funciones (las diversas cosas que una persona puede valorar hacer o ser). En los casos mencionados, hay una «pobreza real» o de privación de capacidades que amplifica sus implicancias más que sólo una mirada desde los ingresos económicos.

Convertir renta en capacidades es uno de los puntos de apalancamiento para la generación de políticas de promoción de la salud orientados al logro de la equidad.

Cuando se utiliza sólo el ingreso familiar como indicador de pobreza, no podemos en forma alguna saber cómo es la distribución del mencionado ingreso para la satisfacción de las necesidades de los miembros de la familia o para aumentar sus capacidades. Por ejemplo, sigue existiendo con amplia aplicación el criterio de que es mejor invertir el ingreso familiar en la educación de los hijos que de las hijas, o el dramático caso en el que una familia ingresa como beneficiaria de un programa social de complemento alimentario debido a que tiene un hijo desnutrido, y la familia opta por dejarlo desnutrido para continuar en el programa. De lo que reciben se alimenta a los otros miembros de la familia.

Otra situación que muestra la superioridad de la definición de Sen es aquella en la cual la privación *relativa* desde el punto de vista de las rentas se convierte en privación *absoluta* desde el punto de vista de las capacidades. Ser relativamente pobre en una ciudad como Lima puede ser una gran desventaja desde el punto de vista de las capacidades, incluso cuando el ingreso familiar es mayor que el de provincias. Por ejemplo, en Lima se necesitan *más rentas* para comprar suficientes bienes que permitan lograr las *mismas funciones* que en provincias, por ejemplo: educación escolar, alimentación, movilidad, entre otras, sólo para mencionar algunos servicios básicos.

Por otro lado, no debe derivarse automáticamente que la opulencia económica en un país implica necesariamente buena salud de su población. Así, llama la atención que el grado de privación en determinados grupos de países muy ricos es comparable al existente en el llamado «Tercer mundo», como en el caso de los afroamericanos en los Estados Unidos que tienen menos posibilidades de llegar a una edad avanzada que las personas nacidas en economías inmensamente más pobres, como los casos de China, Sri Lanka, Jamaica, Costa Rica o del

estado hindú de Kerala. Al hacer la comparación de la esperanza de vida, los afroamericanos de EE.UU. tienen mejores perspectivas de supervivencia (especialmente desde el punto de vista de la mortalidad infantil) durante los primeros años de edad que los chinos o los indios, pero dicha posición cambia al aumentar la edad. Los hombres chinos y los de Kerala viven claramente más que los hombres negros norteamericanos si consideramos la supervivencia de los grupos de mayor edad. Incluso, las mujeres afroamericanas —a edades avanzadas— acaban presentando una supervivencia semejante a la de las chinas, que son mucho más pobres, e, incluso, sus tasas de supervivencia son claramente menores que las de las hindúes de Kerala, que son aún más pobres (Sen, 2000).

En el ejemplo, no sólo se puede decir que los negros norteamericanos sufren una **pobreza relativa** desde el punto de vista de los ingresos por habitante en comparación con los norteamericanos blancos, sino también, que sufren una inferioridad **absoluta** respecto a los hindúes de Kerala de bajos ingresos (mujeres y hombres) y a los chinos (en el caso de los hombres) en lo que atañe a la longevidad.

Esta discordancia entre los logros en materia de ingresos y las probabilidades de supervivencia mostrada en el ejemplo de los afroamericanos, los chinos y los habitantes de Kerala, ha llevado a cuestionar cuán correcto es el argumento estadístico de la estrecha relación entre ellos y la inferencia que se realiza. Actualmente, se considera que el argumento de las relaciones estadísticas entre países, examinado de forma aislada, es en efecto correcto, pero hay que analizarla antes de poder considerarla como una base convincente de que los ingresos son el determinante fundamental de la salud y la longevidad, y para desdeñar la importancia de las condiciones sociales (Sen, 1999).

*la influencia del crecimiento económico en la salud dependerá de cómo se usen los frutos de ese crecimiento.*

La tan mencionada relación estrecha entre las posibilidades de sobrevivir y el nivel de renta logrado no es, de hecho, una relación directa como puede aparecer en las estadísticas generales. Sudhir Anand y Martín Ravallion, con datos internacionales, han observado una correlación positiva y significativa entre la esperanza de vida y el PNB *per cápita*, pero que esa correlación actúa de manera principal a través de la influencia del PNB 1) en las rentas de los pobres concretamente y 2) en el gasto público que se realiza, sobre todo, en asistencia sanitaria. Si se analizan sólo estas dos variables, se teje una explicación sobre la esperanza de vida y, posteriormente, se incluye el PNB *per cápita* como una influencia causal, más se encuentra que éste (PNB *per cápita*) no explica *mucho más*. Evidentemente, la conclusión no es que el aumento del PNB *per cápita* no aumenta la esperanza de vida, sino que lo hace funcionando a través del gasto público en asistencia sanitaria y a través del éxito en la erradicación de la pobreza. En otras palabras, la influencia del crecimiento económico en la salud dependerá de cómo se usen los frutos de ese crecimiento. Ello explica que países que han crecido en igual magnitud muestran diferentes comportamientos de la esperanza de vida de sus poblaciones (Sen, 2000:64).

## REDES DE APOYO SOCIAL

El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia a una mejor salud. Así, entre otros:

Las personas que tienen menos contacto social y comunitario tienen mayor probabilidad de morir que aquellas con mayores relaciones sociales. Los riesgos relativos ajustados a la edad de aquellos más aislados cuando se compara con aquellos con más contactos sociales fue de 2,3 para los hombres y de 2,8 para las mujeres. La asociación entre contacto social y mortalidad era independiente del autodiagnóstico de salud hecho en el año que se inició el periodo de estudio, del año en que murieron, del estatus socioeconómico y de las prácticas de salud tales como fumar, consumir bebidas alcohólicas, obesidad, actividad física y de la utilización de servicios de salud preventiva (Berkman y Syme, 1979).

La baja disponibilidad de apoyo emocional y la baja participación social se asocian con mayor mortalidad por todas las causas, como lo han demostrado Ostergren (1986) y Berkman y col. (2004) para el caso de empleados franceses. Estos últimos investigadores estudiaron 12 347 varones de entre 40 a 50 años de edad y 4 352 mujeres de 35 a 50 años, y, tras ajustar el análisis de sobrevivencia a la edad, encontraron que, para todas las causas de muerte, los hombres con menor integración social tuvieron una probabilidad de morir 4,42 veces mayor que los que estaban más integrados socialmente. Y, después de ajustar el análisis de sobrevivencia según la edad, ocupación, consumo de alcohol, índice de masa corporal, autodiagnóstico de salud, síntomas depresivos y la región de Francia donde vivían, el riesgo relativo para los hombres del grupo menos integrado socialmente fue entre 2,7 y 1,37 en comparación con los hombres más integrados. En el análisis multivariado para causas específicas, los hombres aislados tuvieron un

*En hombres y mujeres de edad media, la integración social es un importante indicador para predecir mortalidad.*

elevado riesgo de morir por cáncer (riesgo relativo = 3,60) y de accidentes y suicidio (riesgo relativo = 3,54). Entre las mujeres, el riesgo relativo fue 3,64. El pequeño número de mujeres no permitió mayores análisis. Entonces, estos resultados sugieren fuertemente que en hombres y mujeres de edad media, la integración social es un importante indicador para predecir mortalidad.

El riesgo de angina de pecho disminuyó al aumentar los niveles de apoyo emocional entre funcionarios públicos israelíes de sexo masculino (Groen, 1968). Asimismo, recientemente, se encontró que las personas que habían sufrido de infarto de miocardio y no tenían una red social de soporte tenían mortalidad prematura. El estudio encuentra, incluso, que como indicador para predecir la mortalidad al año, una pobre red social de soporte es equivalente a los clásicos factores de riesgo como el colesterol sérico elevado, el uso de tabaco y la hipertensión arterial (Mookadam, 2004).

Igualmente, se cuenta con evidencias sólidas que muestran que las personas casadas viven más tiempo que las solteras y la viudez está asociada con incremento de enfermedades y muerte (Rees y Lutkins, 1967). Asimismo, tener una mayor red social y estar casadas se asocian con un reducido riesgo prospectivo de morir entre las mujeres ancianas, siendo el matrimonio el que le ofrece mayor protección en comparación con otras formas de relación social.

La evidencia acumulada es tanta y tan fuerte que algunos expertos consideran que el efecto de las relaciones sociales sobre la salud puede ser tan o más importante como los factores de riesgo establecidos como el consumo de tabaco, la inactividad física, la obesidad y la presión alta (Mustard y Frank, 1991).

Se postula que las redes de apoyo social se asocian a mejores estados de salud porque ayudan a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de su vida. Además, debido al apoyo básico que la familia y los amigos brindan en alimentación, vivienda y atención cuando están enfermos o cuando deben cambiar de estilos de vida (Canada Health-OPS/OMS, 2000:18). Esto en referencia al mecanismo, pero de base está el principio fundamental de las redes de apoyo social, la reciprocidad.

La importancia del apoyo social no sólo se da entre individuos, entre éstos y un grupo, y entre grupos (formales o no) sino que se extiende también, a la comunidad en su conjunto. Dos tópicos son centrales en relación con las redes sociales y la salud: la reciprocidad y el capital social.

### Reciprocidad y salud

En toda estructura social existe la reciprocidad, la obligación de dar, recibir y devolver, es un principio subyacente y fundamental de interacción social. Este principio sirve como resorte que vincula a los individuos entre sí y a los individuos con los grupos y a los grupos con otros grupos. Este principio armoniza las relaciones dentro del grupo, no sólo en lo referente al intercambio de bienes y servicios sino a todas las formas de comportamiento social (Silva, 1998:345-6).

La reciprocidad, el dar y recibir «es un principio profundamente integrado en la vida social de cualquier grupo humano», sin embargo, en algunos grupos –como en la cultura andina– tiene una prominencia notable, tanta que constituye prácticamente un sistema formal ligado a «lo justo» y a «lo correcto» (Anderson, 2001:78). Los resultados de un estudio realizado en Perú pueden ilustrar la importancia de la reciprocidad en el establecimiento de las redes de apoyo social y la salud.

En las zonas rurales peruanas, cuando los proveedores de servicios de salud ingresan como nuevos actores que ofrecen y dan, lo hacen dentro de un sistema ya establecido e, incluso, altamente formalizado. Por otro lado, también los proveedores tienen expectativas sobre lo que esperan recibir de parte de los usuarios. Al no ser explícitas –y menos negociadas– las expectativas de ambas partes, es frecuente el conflicto, pasivo o activo.

Anderson, que estudió la calidad de atención en servicios de salud reproductiva en siete zonas rurales de Perú, afirma:

El campo está minado de peligros, de malosentendidos y falta de reglas de reciprocidad. Proveedores y usuarias necesariamente intercambian bienes diferentes. En su forma más simple, el intercambio entre los dos es de una atención profesional de salud por un pago o, en su defecto, agradecimiento (y, en el camino, la aceptación y el cumplimiento de un tratamiento). Estos bienes diferentes tienen «precios» y valoraciones que pueden ser muy diferentes, según el lado de la relación donde uno está ubicado (Anderson, idem:79).

Las usuarias, por un lado, parecen contabilizar como parte de lo que «dan» al proveedor: el tiempo y el esfuerzo que hacen para llegar al establecimiento, el cumplir con el tratamiento, el



costo de los medicamentos, el esfuerzo de conseguir con qué pagar los medicamentos y la consulta, la interrupción de sus actividades cotidianas para tomar los medicamentos o seguir alguna otra indicación médica como la preparación de un régimen alimentario especial, el costo de hacerse la higiene antes de ir a consulta, entre otros. Por otro lado, los proveedores valúan altamente lo que «dan»: consejos, charlas e indicaciones verbales sobre prevención y tratamiento de las enfermedades. Los proveedores de servicios no otorgan mayor valor a lo que las usuarias «dan», y éstas tampoco le asignan mayor valor a lo que «dan» los proveedores, para ellas son «meras palabras» que cuesta muy poco darlas; es un esfuerzo pequeño en comparación con los grandes esfuerzos que ellas hacen. Más bien, otorgan valor a las pruebas concretas –según sus propios criterios– de que su salud ha mejorado.

Otros dos elementos que en la cultura andina parece tener una interpretación diferente a la cultura hegemónica en el país son la receta y el pago de la atención. Mientras la receta se contabiliza como lo que centralmente «da» el proveedor, el pago por la atención no es lo que centralmente «da» la usuaria, más bien se asume como una especie de «derecho de piso», algo necesario para que la dinámica de la atención se active mediante un complejo juego de «dar» y «recibir» (Anderson, idem:79).

Para que funcione fluidamente la cooperación entre dos partes, en este caso proveedores y usuarios de servicios de salud, debe tenerse en cuenta una exigencia fundamental, el equilibrio, la equidad (Silva, 1998: p. 346). Lo usual es que en el juego de «dar» y «recibir» que es la atención de salud, tanto las usuarias como los proveedores perciben que las relaciones no son equilibradas respecto a las expectativas, los hechos y las interpretaciones. Así, la visita domiciliaria para seguimiento de una atención realizada en un centro de salud es vista por los proveedores como un «engreimiento» de las usuarias, mientras que éstas lo ven como normal y esperable, ya que les facilitaría el cumplimiento de su rol frente al establecimiento y le disminuiría los costos. Por otro lado, un poco de maíz o papas como pago por una atención les parece insuficiente a los proveedores, a las usuarias les parece justo en el marco de una reciprocidad cuya normatividad indica que el que tiene más debe dar más (Anderson, idem:81).

Lo que se considera justo o correcto en la reciprocidad, ya sea en el retribuir cosas o acciones, varía entre las diferentes culturas. Entonces, la equidad es producto de una forma de evaluación que establece cada cultura en función de su experiencia, valores, intereses y circunstancias. La justicia en una sociedad, finalmente, es la estructuración de sistemas de acciones y retribuciones que buscan eliminar los conflictos y establecer un equilibrio, cuando esto se explicita en un cuerpo de normas con mediación del Estado constituye el *derecho*. La reciprocidad es, entonces, la base sobre la cual se establecen los *derechos reales u obligaciones* en el derecho moderno.

El sistema de reglas que gobierna la transacción entre proveedores, y en general, usuarios de servicios de salud varía en los diferentes grupos sociales existentes. Esta afirmación que es una fórmula de aplicación universal (Silva, 1998: 345) debe estudiarse en sus implicancias en nuestro país, cuya diversidad es reconocida.

Dada la importancia de los movimientos migratorios en la formación de los centros urbanos peruanos, los hallazgos de Anderson acerca de reciprocidad y salud deben ser tenidos en cuenta por el personal de los servicios de salud en las ciudades. Más aún, debe ser un criterio

central en el diseño y desarrollo de las políticas sanitarias y de los modelos de atención de salud.

## Capital social y salud

Otra variable importante en el tópico de redes de apoyo social en salud es el capital social, concepto relativamente reciente en las ciencias sociales y, más aún, en el campo sanitario.

En Italia, en los setentas del siglo XX, se establecieron nuevos gobiernos regionales, algunos de los cuales fueron exitosos y otros fracasaron. Putman se preguntó ¿en qué se diferenciaban ambos grupos?. Estudió 20 de estos gobiernos regionales analizando sus políticas partidarias, su ideología, su estabilidad social, y la armonía entre grupos políticos y los movimientos populares. No encontró ninguna correlación entre esas variables y el éxito que tuvieron algunos gobiernos. Mas bien, encontró correlación entre el éxito de una comunidad con una alta concurrencia a las votaciones, alta lectura de diarios, y alto porcentaje de membresía en sociedades corales, círculos literarios, clubes de servicios y de deportes. En su opinión, la «confianza» era el lubricante de la vida social, y el nivel de confianza tenía relación directa con el nivel de conocimiento mutuo de los miembros de una comunidad y con una historia de éxitos logrados por acción comunitaria. En las comunidades exitosas se obedecía la ley y se esperaba que los otros la obedecieran, y generalmente era lo que sucedía.

Los líderes de estas comunidades exitosas eran relativamente honestos y comprometidos con desarrollar redes sociales y políticas horizontales. Esa práctica tenía raíces profundas. En conclusión, Putman creía que eran sociedades exitosas porque eran cívicas.

*La «confianza» era el lubricante de la vida social, y el nivel de confianza tenía relación directa con el nivel de conocimiento mutuo de los miembros de una comunidad y con una historia de éxitos logrados por acción comunitaria.*

El capital social depende del legado histórico, de tal forma que la acumulación de experiencias exitosas de unión y cooperación entre la gente y las instituciones de gobierno refuerzan conductas de confianza recíproca. El *stock* de capital social, tales como confianza, normas para los grupos y redes de autoayuda, tienden al autorrefuerzo y a la acumulación. Entonces, el capital social, como todo capital, puede acumularse y, evidentemente, perderse. El capital social resulta ser entonces un elemento que puede tornarse productivo, de manera que a mayor capital social mayores serán los beneficios para la sociedad. En el campo de la salud, esto se debería a que las redes establecen mecanismos mediante los cuales las personas que conforman las agrupaciones cívicas pueden participar, ya sea individual o grupalmente en el análisis y búsqueda de soluciones, aportando relevantemente dado el interés directo y el conocimiento de primera mano que tienen sobre los problemas de salud. De otro lado, si la participación social, se da en términos horizontales con las correspondientes instituciones del gobierno, contribuye al orden social fortaleciendo la democracia, y a una mayor eficiencia del mercado y de los servicios que el Estado presta al facilitar la coordinación; gracias al mejor flujo de información y comunicación.

Para que todo ello funcione se requiere la presencia de tres elementos: confianza, cooperación y solidaridad entre individuos, que cuando se dan positivamente y entrelazados conforman un círculo virtuoso: refuerzo de la confianza, mayor cooperación, mayor solidaridad.

Perú cuenta con una rica experiencia de organización y esfuerzos por construir capital social. El caso más conocido y estudiado es el de Villa El Salvador, localidad autogestionaria que logró mejorar las condiciones de vida de los pobladores a través de una experiencia de participación cívica, cooperación y confianza mutua, basadas en rasgos propios de una cultura local. Desde su inicio, en 1971, Villa El Salvador ha sido un distrito organizado por los pobladores que prestó activa atención al campo de la salud (Alatrística, 2000), como uno de sus resultados, en 1989, las tasas de mortalidad infantil y general eran inferiores al promedio de Perú.

Bernardo Kliksberg (2000: 35-39) analizó la experiencia de Villa El Salvador y afirmó que *«la clave para entender los logros, que no erradicaron la pobreza pero mejoraron aspectos fundamentales de la vida de la gente (...) parece hallarse en elementos incluidos en la idea de capital social (...). Los campesinos de los Andes carecían de toda riqueza material, pero tenían un rico capital social. Llevaban consigo la cultura y la tradición indígenas y una milenaria experiencia histórica de cooperación, trabajo comunal y solidaridad»*.

La mayoría de los nuevos pobladores de los arenales que formaron Villa El Salvador traían con ellos la cultura indígena de cooperación y actividad comunitaria, que fue la base para iniciar un proceso de desarrollo urbano y social a partir del trabajo voluntario autogestionado que hizo de esa población un referente de organización social para resolver sus problemas comunes.

En Perú, la idea de trabajo cooperativo trae casi automáticamente la imagen de las comunidades campesinas, como ejemplo. Hay, entre los miembros de una comunidad y entre ésta y otras comunidades, al menos, dos formas de cooperación: una mercantil (trabajo asalariado) y otra no mercantil. Esta última es la que permitiría enfrentar cooperativamente un conjunto de tareas por organizaciones de diferentes niveles jerárquicos que resultarán beneficiados (valle, comunidades, mitades, cofradías, unidades domésticas). La mayor parte del trabajo productivo se basa en las unidades domésticas en un sistema en el cual cada unidad doméstica recibe la cooperación de otras en el marco de un conjunto de reglas sujetas a obligaciones mutuas entre parientes y parientes espirituales. Este sistema se halla altamente formalizado e, incluso, muy ritualizado. Empero, más allá de la cooperación para la producción en las comunidades, ésta no es suficiente para la reproducción económica y social de tales comunidades, que son la gran mayoría. Ello ha originado la migración de los comuneros hacia los centros poblados mayores; migración que no es un alejamiento definitivo: las relaciones entre las comunidades y las ciudades continúan bajo diversos mecanismos que en muchos casos han resultado en la reversión de la tradicional extracción de la riqueza del campo para llevarla a la ciudad hacia una corriente contraria: parte del dinero que los ex campesinos obtienen en la ciudad va al campo. Las relaciones entre las comunidades y las ciudades se mantienen fluidas, por lo tanto, puede decirse –al menos, a manera de hipótesis– que la cooperación para avanzar no sólo vino del campo a la ciudad, sino que se sigue nutriendo de él, y puede afirmarse por la ubicación de la mayoría de las comunidades que la cooperación, no sólo bajó de los Andes, sino que sigue bajando. Se ha dado a nivel urbano una suerte de ruralización (Monge, 1994) que explicaría el espíritu cooperativo observado en Villa El Salvador.



Sin embargo, es pertinente preguntar: si existe en Perú un alto grado de asociatividad, ¿por qué no tenemos un mayor desarrollo? La respuesta, al menos en parte, parece estar en el tipo de asociación.

Según Woolcock (2002), el capital social se relaciona con normas y redes que facilitan la acción colectiva. Sobre esa base, pueden distinguirse tres dimensiones de capital social: a) de sobrevivencia, b) visión de redes o de superación, y c) visión institucional.

En el primer grupo se ubican las organizaciones y grupos vecinales, asociaciones que establecen lazos entre personas que atraviesan problemas que sienten como importantes amenazas. Entonces, es un capital social de *refugio*, de *sobrevivencia*, o de *autodefensa*. Corresponden a esta categoría los clubes de madres, los comedores populares, los clubes de vaso de leche, las rondas campesinas, los comités de autodefensa, grupos de autoayuda mutua, entre los más difundidos actualmente en el país.

Por otro lado, la visión de redes se refiere más bien a las asociaciones no solo intracomunitarias, sino también intercomunitarias, entre comunidades que no necesariamente están focalizadas en un problema específico cuya amenaza es patente en el corto plazo. Es una asociación para la *superación*, para el *crecimiento* y el *desarrollo*. Entre éstas se pueden contar a las cooperativas de crédito, los clubes deportivos, artísticos, culturales, sociales; asociaciones vecinales, redes de comercialización, entre otros.

El tercer tipo de capital social es la institucionalidad, esto es, la calidad formal de las relaciones que se establecen entre las organizaciones no estatales y el Estado. La vitalidad de los grupos comunitarios y de la sociedad civil depende del contexto político, legal e institucional.

Por un lado, esta tipología de capital social permite entender la fortaleza de las comunidades campesinas, las cuales deben ser entendidas como un producto histórico y, por lo tanto, sujeto a cambios resultantes de las dinámicas que suceden en su entorno, al interior de estas, y en la interrelación entre la comunidad y su entorno. Según los expertos –Urrutia (1992) y Golte (1992)–, ahora es particularmente claro que «las comunidades no son unidades de producción, sino más bien, espacios de coordinación e interacción de unidades productivas familiares, pero no sólo eso, también son instancias de organización social y política de nivel local y para la interlocución con el Estado». Conceptuadas así, las comunidades campesinas aparecen como un tipo de capital social, que si bien en algún momento pueden jugar un rol de sobrevivencia, por ejemplo ante la amenaza de ser despojados de sus tierras, mayormente se ubican dentro de los tipos de superación y de institucionalidad.

Por otro lado, Tuestas (2003) analizando los datos de la población rural de Ucayali contenidas en la ENAHO 2001 encuentra que dos de cada tres individuos vive en un hogar en el que al menos uno de sus miembros participa en alguna forma de capital social, que algo más que el 50% de los hogares participa en formas de capital social de sobrevivencia, y que apenas 4,89% participa en capital social de superación. Hay un 31,77% que no participa en forma alguna de capital social. Además, los no pobres suelen utilizar capital social de superación, mientras que los pobres extremos casi exclusivamente participan en asociaciones de sobrevivencia, cuando participan en alguna. Tuestas (2003) también muestra que la probabilidad de ser un hogar pobre se correlaciona directamente con formas de capital social de sobrevivencia, e inversamente con formas de capital social de superación. Concluye que, por un lado, a mayor uso de capital

de sobrevivencia, la probabilidad de permanecer pobre aumenta. Por otro lado, la probabilidad de escapar de la pobreza es mayor cuanto mayor es el uso de capital social de superación.

El tercer tipo de capital social, la institucionalidad, tiene como variable independiente central la confianza. En Perú, el grado de confianza en el Estado, Poder Judicial, Congreso de la República, Poder Ejecutivo (presidente y ministros de estado) es escasa (Tuestas, 2003; Casas, 2003). Globalmente, se puede afirmar que la sociedad peruana no tiene en la confianza uno de los elementos base de su convivencia.

En resumen, en Perú, si bien hay experiencias exitosas que se explican gracias al capital social acumulado, como el caso de Villa El Salvador, no son frecuentes. A pesar de que la mayor parte de su población participa en una o más asociaciones, éstas son de las denominadas de capital social de sobrevivencia, cuyo principal efecto en relación con la salud podría ser evitar un mayor deterioro de la salud de los pobres, mas no un mecanismo que podría utilizarse en la promoción de la salud. Los diversos esfuerzos para que este tipo de capital social pueda, además de ayudar a sobrellevar la pobreza extrema, servir para superarla no han dado los frutos esperados.

## EDUCACIÓN

El estado de salud aumenta con el nivel de educación. Entre las evidencias científicas más claras se encuentran los resultados de la Encuesta de Promoción de la Salud de Canadá (1990) en la cual se determinó que a medida

*El estado de salud aumenta con el nivel de educación.*

que aumenta la educación mejora la autoevaluación del estado de salud, disminuyen las limitaciones de las actividades, disminuyen los días laborales perdidos. La educación contribuye a la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida, aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable (Canada Health-OPS/OMS, 2000: 18).

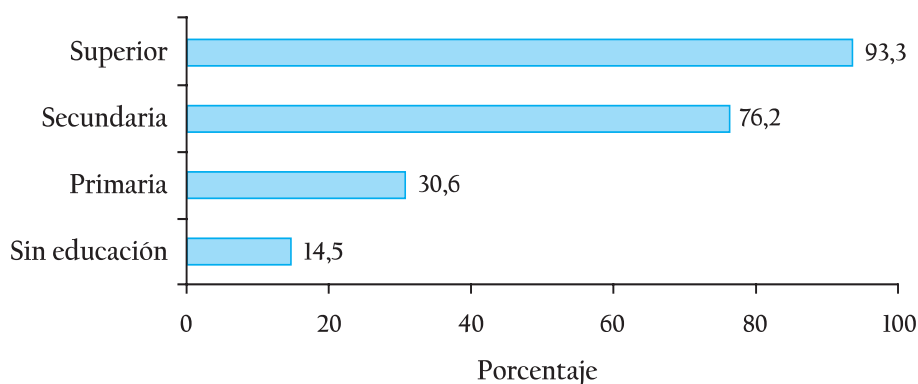
En los Estados Unidos, no haber estudiado la secundaria completa es un factor de riesgo mayor que los factores biológicos para el desarrollo de muchas enfermedades. Esa asociación se explica sólo en parte por la edad, la etnicidad, el sexo o el consumo de tabaco. Asimismo, la educación formal predice la mortalidad cardiovascular mejor que el acceso a cuidado médico óptimo (Pincus, 1998).

*No haber estudiado la secundaria completa es un factor de riesgo mayor que los factores biológicos para el desarrollo de muchas enfermedades.*

De acuerdo a diversos estudios efectuados en Perú, el poco uso de los servicios de salud se encuentra relacionado al bajo nivel educativo, entre otros factores (Beltrán, 2000; Elo, 1992; Altobelli, 1998). Por ejemplo, el caso de la educación, la salud materna y perinatal, y a las condiciones de su atención por los servicios.

Como se muestra en la Figura N° 18, el porcentaje más alto de atención del parto en servicios de salud (93%) se registra cuando la madre tiene educación superior, seguido por las madres que cuentan con educación secundaria (76%). Los porcentajes bajan considerablemente cuando la madre tiene hasta educación primaria (31%) y a 14,5% si no tiene instrucción formal.

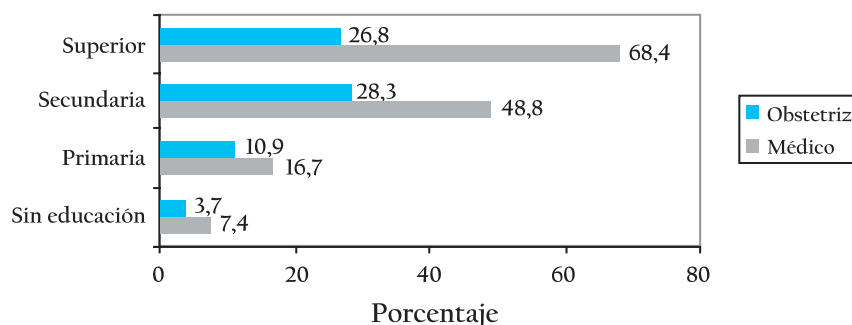
**Figura N° 18. Atención del parto en servicio, según nivel de educación de la madre, ENDES 2000**



Fuente: ENDES 2000

Asimismo, a mayor nivel educativo de la madre es mayor el acceso a la atención de parto por personal calificado: mujeres con grado de instrucción superior que han sido atendidas por un médico 68,4% y por una obstetriz 26,8%; mujeres con grado de instrucción secundaria atendidas por un médico: 48,8% y por una obstetriz: 28,3%. (Figura N° 19).

**Figura N° 19. Nacimientos atendidos por personal calificado, según nivel de educación de la madre, ENDES 2000**

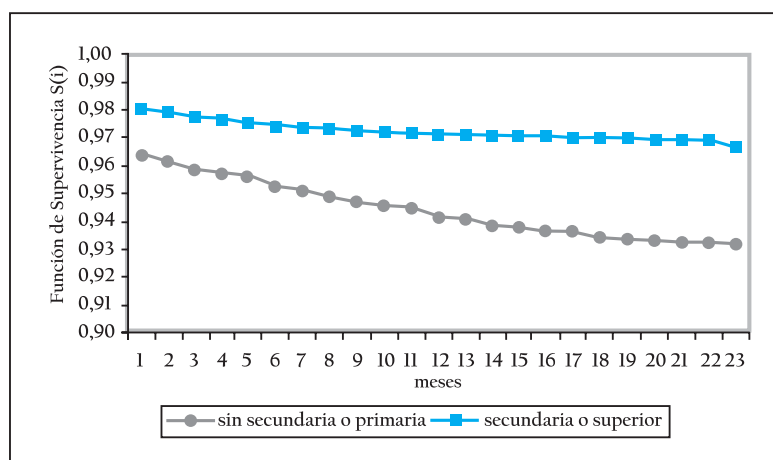


Fuente: ENDES 2000

Si se utiliza la tasa de mortalidad infantil como indicador de salud de la población y se la relaciona con el nivel de educación de la madre se obtiene evidencias claras de cómo la educación afecta la salud. Dammert (2001) encontró que hay una relación inversa entre el nivel educativo de la madre del recién nacido y la TMI. Mostró que aquellos niños de madres sin educación formal o con apenas educación primaria tienen una duración de vida menor comparados con aquellos que tienen madres con educación secundaria o superior. Numéricamente, la TMI en los productos de madres sin educación fue aproximadamente 64 muertes por cada mil nacidos vivos, y de 25 muertes por cada mil nacidos vivos si la madre tiene educación superior.

Estos resultados reflejan el impacto positivo de la educación de las madres sobre la mortalidad infantil, entre cuyos mecanismos puede mencionarse varias cuyo peso específico debería determinarse a vistas del trabajo de promoción de la salud, como la percepción respecto al cuidado de los hijos y sobre todo de sus necesidades de salud, el acceso y utilización efectiva de servicios de salud y, una mayor participación en el mercado de trabajo, o al menos en niveles remunerados o mejor remunerados.

Figura N°20. Función de supervivencia, según nivel educativo de la madre



Fuente: ENDES, 1996. Elaborado por Dammert, 2001

Tanto en el área urbana como rural, a medida que se incrementa el nivel educativo de la madre el riesgo de morir del niño es menor. De acuerdo a las estimaciones realizadas, un año adicional de educación de la madre reduce el riesgo de morir del niño en áreas urbanas y rurales en 2% y 4%, respectivamente (Dammert, 2001). Resultados similares se han encontrado para otros países de la región. Por ejemplo, para Brasil se ha estimado que un año adicional de educación está asociado a una reducción del 6% en el riesgo de morir del niño (Sastry, 1994).

## EMPLEO, ESTRÉS Y CONDICIONES DE TRABAJO

### Desempleo

El desempleo se asocia con un estado de salud deficiente. Un estudio canadiense determinó que las personas desempleadas tienen significativamente más dificultades psicológicas, ansiedad y síntomas de depresión, días de discapacidad, limitación de actividades, problemas de salud, hospitalizaciones y visitas médicas que las personas empleadas. (d'Arcy, 1986). La Organización Mundial de la Salud mostró que los niveles altos de desempleo y la inestabilidad económica causan problemas de salud mental significativos y efectos adversos sobre la salud física de las personas desempleadas, sus familias y comunidades (Wescott, 1985).

## Condiciones sociales en el trabajo

La salud también es afectada por las exigencias del trabajo. En general, más allá de los riesgos, accidentes y enfermedades ocupacionales propias de cada ocupación y lugar de trabajo, se ha demostrado que las enfermedades cardiovasculares ocurren con más frecuencia entre aquellos con numerosas exigencias de su trabajo, bajos niveles de control en el mismo y bajos niveles de apoyo social en el trabajo (Canada Health-OPS/OMS, 2000: 19).

Las condiciones sociales de trabajo y el estrés psicológico son identificados cada vez más como factores de riesgo ocupacional que afectan a trabajadores dependientes, gerentes, y prácticamente a casi a toda la población laboral, estimándose que causan entre 5 y 10% de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

## Estrés

Es, ahora, ampliamente aceptado que la activación constante y por largos períodos de las respuestas biológicas al estrés ocasiona depresión, susceptibilidad aumentada a infecciones, diabetes, altos niveles de grasas y colesterol en la sangre, hipertensión y el riesgo de infartos cardiacos y enfermedades vasculares cerebrales.

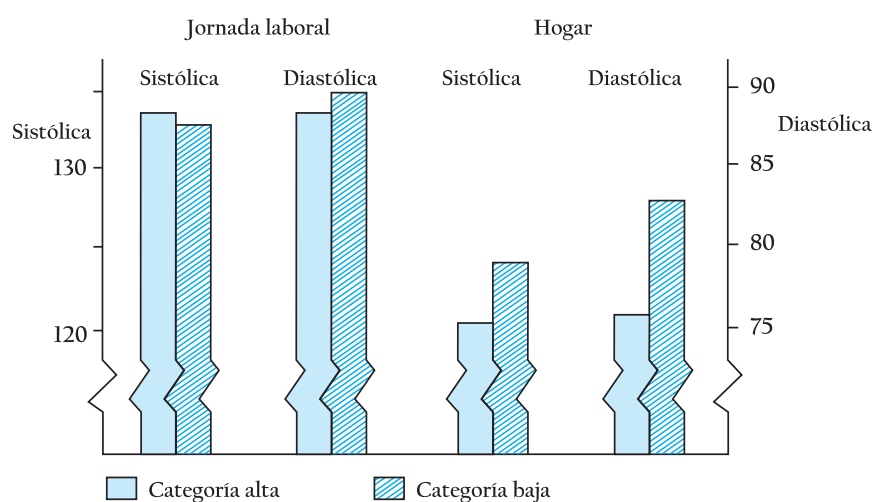
Hace aproximadamente tres décadas se hizo popular la idea de que había un grupo social, los empresarios ejecutivos, especialmente propenso a problemas cardiovasculares de tipo isquémico cuyo determinante biológico es el estrés crónico. En los últimos años, se ha reenfocado la situación en conjunto para hacer notar que existen grandes grupos sociales que padecen estrés crónico producto de la permanente ansiedad, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y pérdida de control sobre el trabajo y el hogar. Estas condiciones determinan el incremento de las probabilidades de desarrollar enfermedades mentales y muerte prematura.

El racionalismo nacido con René Descartes escindió, inicialmente, la mente y el cuerpo (Damasio, 1997), y a ellos de su ambiente antropológico. Entender la salud y avanzar en el desarrollo de su promoción requiere unir lo que ahora está disjunto. Se produjo un importante avance con la adopción, por la OMS, de la definición de la salud como el completo bienestar físico, psicológico y social. Esta definición refiere a conceptualizar la salud como algo global, una gestalt. La base de esta definición es la idea de que los humanos somos unidades con, al menos, tres dimensiones interrelacionadas, esto es, mutuamente influyentes, que se determinan entre estas. El estado de salud en un momento dado es una configuración resultante de la interrelación de las estructuras de sus dimensiones biológica, económica, política y cultural. En lo biológico comprendemos las dimensiones física y psicológica que alude la definición de salud de OMS, y lo económico, político, cultural y lo social propiamente dicho, están comprendidos en lo que la OMS llama social, genéricamente.

En muchos casos se ha documentado la existencia de, al menos, asociación estadística entre variables de estas tres dimensiones y, aunque todavía incipientemente, algunos mecanismos empiezan a aparecer. Por ejemplo, Marmot y Theorell (1988: 671) al estudiar al funcionariado inglés encuentran que el promedio de la tensión arterial, tanto diastólica como sistólica, era elevada en los miembros de todos los niveles organizacionales durante la jornada laboral. Sin embargo, la tensión arterial promedio entre los administradores de categoría senior bajaba

mucho más al marcharse a casa, «eran más capaces de apagar la respuesta al estrés». Respecto a esto último se comentó antes en torno a la posición social.

Figura Nº 21. Tensión arterial en los funcionarios británicos



Fuente: Marmot and Thoerell (1988:671)

Los hallazgos de Marmot y Theorell correlacionan directamente con los de Sopolski (1990) al estudiar las relaciones sociales entre babuinos aceitinados en libertad en Kenya. Los babuinos machos poseen una organización con claras relaciones jerárquicas de dominación. En los babuinos dominantes, la respuesta fisiológica a la tensión se apaga rápidamente una vez que se aleja la fuente o se acaba la situación que percibe como peligrosa. Sin embargo, entre los dominados la respuesta tensa se mantiene, como si tuviesen roto o, al menos, funcionando con retardo, el mecanismo de retroalimentación que hace parte de la respuesta al estrés.

*Tener pocas opciones o aptitudes deficientes para hacer frente al estrés incrementa la vulnerabilidad a un rango de enfermedades a través de los sistemas inmunológico y hormonal.*

En términos generales, en el caso de estrés y sus consecuencias en la salud, las dimensiones en juego parecen ser, al menos en parte, una dimensión social: organización jerárquica; otra psicológica: capacidad de afrontamiento al estrés, y la dimensión física del sistema circulatorio (paredes arteriales, coagulación, etc.). Sin embargo, en aras de evitar el determinismo causal es necesario recordar que no se ha establecido cuál de las dimensiones es la primaria, aquella donde se producen los cambios que desencadenan las modificaciones en las otras dimensiones.

### Aptitudes de adaptación

Hay destrezas que las personas utilizan para interactuar efectivamente con el mundo que las rodea y enfrentar eventos, retos y el estrés diario. Las aptitudes de adaptación, cuando son efectivas, permiten a las personas ser autosuficientes, resolver sus problemas y tomar decisio-



nes fundamentadas que mejoran su salud. Los conocimientos, las intenciones y las aptitudes de adaptación de la persona son importantes para adoptar y mantener comportamientos sanos, pero sus ambientes sociales y laborales son también de gran importancia (Canada Health- OPS/OMS, 2000: 16-17).

Por ejemplo, de las evidencias científicas acumuladas hasta el momento es posible concluir que hay «algo» relacionado con el nivel de ingresos, la posición social y la jerarquía que provee protección o defensa contra la enfermedad, y/o «algo» relacionado a menores ingresos y a la posición social que afecta las defensas. Una posición socioeconómica baja parece ser la base de la prevalencia de «algo que está mal» en forma muy generalizada, independientemente de cuál sea el problema específico de salud. La explicación de que las mejores condiciones de vida que tienen los de mayor ingreso y mejor posición social son la explicación de que se tenga un mejor estado de salud se contradice al observar que el fenómeno se da en todo el espectro socioeconómico, como por ejemplo, en los estudios mencionados de Marmot sobre la salud del funcionariado inglés (Canada Health-OPS/OMS, 2000: 16-17).

Alternativamente, las evidencias más bien señalan que ese «algo», lo que hace la diferencia respecto a la salud de las personas, es el grado de control que ellas tienen sobre las circunstancias de la vida, especialmente las situaciones estresantes y su capacidad discrecional para actuar son influencias claves. En gran parte, esto se confirma a partir de estudios recientes que muestran que tener pocas opciones o aptitudes deficientes para hacer frente al estrés incrementa la vulnerabilidad a un rango de enfermedades a través de los sistemas inmunológico y hormonal (Canada Health-OPS/OMS, 2000: 16-17).

Aunque los detalles de los mecanismos biológicos implicados aún no se conocen completamente, la evidencia científica es suficiente para actuar en el diseño y desarrollo de intervenciones con el fin de mejorar la salud de toda la población a partir de mejorar su posición socioeconómica y los factores relacionados con ésta.

## DESARROLLO DEL NIÑO SANO

Evidencias actualmente disponibles, muestran que la base para un crecimiento sano y un desarrollo positivo en los años posteriores de la vida se establece, en gran medida, durante los seis primeros años. Las experiencias vividas en estos años son las que tienen, de todas las etapas del ciclo de vida, la mayor influencia sobre las conexiones y el modelado de las neuronas del cerebro. Una estimulación positiva durante las primeras etapas de vida mejora la capacidad de aprendizaje, el comportamiento y la salud en la edad adulta (Canada Health, 2000).

*La base para un crecimiento sano y un desarrollo positivo en los años posteriores de la vida se establece, en gran medida, durante los seis primeros años.*

Existe información acerca de que las desventajas originadas por situaciones de estrés prolongadas e intensas, pueden ser reversibles, como ocurre en la infancia. Niños pequeños que sufrieron un estrés perinatal moderado o severo, pero que posteriormente se criaron en entornos «buenos» (en términos de estabilidad de la familia, o estatus socioeconómico alto), tenían al cabo de veinte meses sólo una desventaja pequeña o ninguna en su desarrollo. Los niños sin



estrés perinatal mostraron igualmente poca desventaja, incluso a pesar de tener hogares pobres o inestables. Los dos factores juntos, sin embargo, tenían consecuencias bastante severas sobre el desarrollo del niño (Evans y col, 1996:23).

Evidentemente, lo mejor es proveer a los niños las mejores condiciones para su desarrollo en la primera etapa de su vida.

Sin embargo, ello no siempre ocurre y las consecuencias negativas se harán presentes después. No obstante, –sin ser alternativa a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en esa etapa de la vida– es posible actuar sobre aquellos niños cuyo desarrollo fue deficiente. Se acepta ahora que es posible remediar los efectos de un entorno precoz inadecuado, con intervenciones específicas. Los factores genéticos, evidentemente, tienen importancia, pero si se expresan o no depende del entorno social. Incluso, estando los problemas genéticos o congénitos distribuidos de modo igualitario entre la población, su expresión seguiría dependiendo, hasta cierto punto, de factores amortiguadores cuya disponibilidad y fuerza se hallan, a su vez, correlacionados con la posición socioeconómica (Evans y col., 1996: 23).

Algunos determinantes sociales del desarrollo sano de los niños son la pobreza, la seguridad y protección, la estructura familiar, los cuidados familiares y la calidad de los servicios de cuidado infantil y la integralidad de los servicios (Canada Health, 2000).

En Perú, las condiciones sociales para el adecuado desarrollo de niños sanos son escasas para las grandes mayorías. Enseguida se muestran algunos datos que ilustran esta afirmación.

La mayor parte de los pobres son niños y la mayor parte de los niños son pobres. El 14,8% de los pobres son niños menores de 5 años de edad. En la sierra rural peruana, donde viven aproximadamente 5 millones de personas, 68% de ellas son pobres y casi 32% son pobres extremos. En este ámbito, el 74% de los niños son pobres y 37% son extremadamente pobres (UNICEF, 2001).

Como se menciona en otra parte de este informe, un gran porcentaje de hogares peruanos presentan déficit calórico, lo cual evidentemente se refleja en el estado nutricional de los niños. La desnutrición crónica infantil que resulta de un proceso acumulativo por déficit marginal y crónico de nutrientes limita el potencial de crecimiento físico, intelectual y psicosocial. El 26% de los niños menores de 5 años a nivel nacional era desnutrido crónico, pero más allá de esta cifra promedial se encuentra la disparidad regional; en las áreas rurales el 40,4% de niños era desnutrido crónico, existiendo departamentos donde lo

*De 800 000 niños de 6 a 9 años de edad, el 48% tenía retardo en el crecimiento; el porcentaje es aún mayor (64%) para el caso de los escolares que viven en las zonas rurales, y peor aún (85%) entre los niños que estudian en escuelas públicas.*

son la mitad o casi la mitad, como el caso de Huancavelica (50,3%), Pasco (47,2%) y Apurímac (46,9%) (UNICEF, 2001). Las cifras son mayores aún cuando se refieren a los niños de las zonas rurales de esos u otros departamentos. Por ejemplo, en 1997, en comunidades campesinas andinas de Cajamarca era desnutridos crónicos el 59,3% de los niños, en Junín el 56,3% y en Apurímac el 58,1% (CARE-USAID-PRONAMACHCS, 1997).

La desnutrición crónica se incrementa progresivamente con la edad, afectando al 15% de los niños con edades entre 6 y 11 meses, se duplica a partir de los dos años y continúa aumentando hasta los cinco años. Entonces, el grupo de menores de dos años es prioritario para la atención por su alto nivel de vulnerabilidad. Los efectos de la dinámica acumulativa mencionada líneas arriba se observan con claridad en los resultados del «Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado», realizado en 1993, en el cual se encontró que de 800 000 niños de 6 a 9 años de edad, el 48% tenía retardo en el crecimiento; el porcentaje es aún mayor (64%) para el caso de los escolares que viven en las zonas rurales, y peor aún (85%) entre los niños que estudian en escuelas públicas (UNICEF, 2001).

La determinante principal del estado nutricional de la infancia es la seguridad nutricional. Esta tiene tres componentes: la seguridad alimentaria en el hogar, el cuidado materno infantil y la salud. Si bien la pobreza es también, a su vez, un determinante de los tres componentes, la seguridad alimentaria es la que se considera como de nivel estructural. El «Censo» realizado por UNICEF muestra la variación estacional absoluta del consumo de alimentos en relación con la época de cosecha (CARE-USAID-PRONAMACHCS, 1997).

Sobre la calidad del cuidado infantil puede encontrarse muy diferentes prácticas en los diversos ámbitos culturales de Perú. Por ejemplo, dos casos claros y de muy alta frecuencia son el de la región andina rural y el de las zonas urbanas pobres. En la región andina hay prácticamente ausencia de la noción de niñez como etapa diferenciada de la vida. En las zonas urbanas pobres, las mujeres que han ido incorporándose cada vez más al mercado de trabajo o a actividades de supervivencia (como los comedores populares, los clubes de madres, etc.), dedican poco tiempo al cuidado de los niños menores de 5 años; más bien, realizan sus actividades «con el niño a cuestas» o delegan su cuidado a otros miembros de la unidad familiar. En todo caso, son resultados directos el acortamiento del periodo de lactancia materna exclusiva y la exposición a diferentes riesgos ambientales al movilizarse junto a la madre. En ambos casos, región andina y asentamientos humanos pobres de las ciudades, el padre es el gran ausente en el cuidado de los niños menores de 5 años (UNICEF, 2001).

## ESTILOS DE VIDA O COSTUMBRES PERSONALES RELACIONADAS CON LA SALUD

Según OPS,

«El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. (...) Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida. (...) El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. (...) Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones» (OPS, Promoción:387).

Entonces, desde una perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen (Bibeau y col, 1985).

En ese sentido, Calentano (1991: 258) incorpora bajo el epígrafe factores del estilo de vida y promoción de la salud, en relación con el cáncer, a: 1) los factores que reflejan la posición social, incluso la clase social y el estrato socioeconómico y la profesión, 2) los factores de riesgo relacionados con la conducta y asociadas a tasas de cáncer, especialmente el tabaco (y el dejar de fumar), el consumo de alcohol, la dieta y la exposición a la luz solar; 3) las conductas relacionadas con la detección, factores asociados con el seguimiento de los programas precoz de las enfermedades preneoplásicas, incluso la personalidad de afrontamiento, el apoyo social y los temas afines.

En muchos países la mayoría de problemas de salud más comunes están relacionados con los hábitos personales mencionados en el párrafo anterior. La evidencia acumulada a nivel mundial es abundante, de esta se presenta enseguida algunos ejemplos de la prevalencia de algunos de los hábitos más trabajados y de sus consecuencias.

### Consumo de tabaco

El humo del tabaco contiene más de 4 000 productos químicos, algunos de estos tienen propiedades irritantes marcadas y casi 60 son conocidos o sospechosos cancerígenos. El consumo de tabaco está asociado al 90% de casos de todos los cánceres de pulmón, al 75% de casos de bronquitis crónica y enfisema, y al 25% de casos de enfermedades cardíacas isquémicas. (Mackay, J. y Eriksen, M., 2002: 32) El tabaquismo también está asociado a fracturas, osteoporosis, enfermedad vascular periférica y patologías tiroideas. Recientemente, se ha estimado que el antecedente de fumar más de 25 cigarrillos diarios incrementa dos veces el riesgo de diabetes mellitus. Asimismo, los daños a la salud de la mujer son importantes; destacan el bajo peso al nacer y en algunos casos la infertilidad. Asimismo, el tabaquismo pasivo tiene efectos sobre la salud de los niños. El impacto de esta exposición es elocuente: cuatro millones de muertes innecesarias por año, atribuidas a consumo de tabaco en el mundo, que representan actualmente 11 mil muertes cada día. Para el año 2020 se estiman 10 millones de muertes anuales originadas por consumo de tabaco, si se mantuviera el mismo patrón de exposición. Por otro lado, la proporción atribuible del total de muertes en regiones industrializadas ha llegado a estimarse hasta en 14,5%. (Lezcano-Ponce y Hernández-Avila, 2002).

Casi mil millones de varones fuman en el mundo –aproximadamente 35% de los hombres de los países desarrollados y 50% de los no desarrollados–. Se calcula que en Perú, son fumadores entre el 40 y 49% de varones, y entre el 10 y 19% de mujeres (Mackay, y Eriksen, 2002:32).

En escolares, en un estudio realizado por CEDRO se encontró que 55,9% de escolares en Lima (61,9% de varones y 50,9% de mujeres) ha fumado alguna vez en la vida, representando aproximadamente a 600 000 alumnos. Los porcentajes de uso alguna vez en la vida llegan a 48,9% en Trujillo, 48,8% en Huancayo y 44,7% en Tarapoto (CEDRO, 2003), y si se toma a la población entre 12 y 50 años, la prevalencia de vida del consumo de tabaco ha variado entre 57,2%, 66,0%, 62,1%, 62,4% y 62,8%, entre 1988 y 2001 (CEDRO, 2001). Esto es, el consumo de tabaco se ha incrementado rápidamente en Perú, igual que en otros países, principalmente en Asia y Latinoamérica, mientras por el contrario, el consumo de tabaco ha disminuido en los países desarrollados.

## Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es una de las causas de muerte prematura, lesión y discapacidad. Se calcula que el alcoholismo causa más muerte que el tabaquismo. Varios metanálisis han establecido que existe asociación entre el consumo de alcohol y un amplio rango de problemas físicos, mentales y sociales. Se concibe que, prácticamente ningún órgano del cuerpo humano es inmune a los peligros del alcohol. Entre los problemas más notorios están la psicosis alcohólica, el síndrome de abstinencia alcohólica, la neuropatía, la cardiopatía, la gastritis, la cirrosis hepática alcohólica; asimismo, la toxicidad por etanol y por metanol. La Base de Datos Global sobre Alcohol de la OMS sigue la mortalidad y morbilidad de 20 entidades relacionadas al consumo de alcohol.

De otro lado, el consumo de alcohol se asocia a lesiones y disfunciones que son resultado de violencia y de accidentes. El consumo de alcohol durante el embarazo se asocia a menor peso al nacer y otros resultados negativos en el nacimiento. En los casos de violencia familiar contra las mujeres en Perú, en Lima Metropolitana el 29,5% de ellos se produjo cuando el agresor estaba borracho, y en el departamento del Cuzco en el 63.5% (Güezmes, Palomino y Ramos, 2002). Igualmente, el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de choques de vehículos causantes de muerte o de traumatismos graves. Mediante un análisis de estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos se comprobó que entre el 33% y el 69% de los conductores fallecidos y entre el 8% y el 29% de los lesionados presentaban alcohol en la sangre. Según estudios efectuados en Sudáfrica, el alcohol fue el causante del 47% de los casos de fallecimiento del conductor y del 27% de los choques no mortales para los conductores; el 52% de las víctimas de traumatismos causados por el tránsito presentaban un exceso de alcohol. Según un estudio realizado en Nueva Delhi (India), un tercio de los motociclistas conducidos al hospital admitieron hallarse bajo la influencia del alcohol (OMS-Banco Mundial, 2004). Los peatones también se exponen en mayor medida a ser víctimas de traumatismos causados por el tránsito cuando consumen alcohol en exceso. El examen de estudios realizados en Australia mostró que la alcoholemia del 20% al 30% de los peatones muertos por causa del tránsito superaba 0,15 g/dl. En Sudáfrica, el alcohol estaba relacionado con más del 61% de las defunciones de peatones, y en el Reino Unido la cifra es de 48%.

En Perú, el consumo de alcohol es bastante alto, tanto en cuanto a prevalencia de vida, como de uso actual. En el siguiente cuadro se muestra algunos datos al respecto.

**Tabla N° 3. Prevalencias de vida, de uso en el último año, uso actual reciente de alcohol, según lugar de residencia**

Región de residencia	Prevalencia de vida %	Prevalencia último año %	Uso actual 1-30 días %	Uso reciente (más de 1 a 12 meses) %	Exusuarios (más de 12 meses) %
Total	86,0	68,1	38,0	30,1	15,9
Lima	86,1	68,1	37,9	30,1	15,9
Provincias	85,8	68,3	38,3	30,0	15,9
Resto costa	83,1	64,0	34,7	29,2	18,0
Sierra	87,5	72,5	39,5	33,1	13,6
Selva	86,6	67,5	41,2	26,3	16,7

Más alarmante aún, cuando CEDRO (2003) estudió a la población escolar de cuatro ciudades de Perú, encontró que 69,4% de alumnos entrevistados en la ciudad de Tarapoto habían consumido alcohol al menos una vez en la vida, seguidos por los alumnos de Lima y Trujillo, donde la prevalencia de vida alcanzó al 62,3% y 60,2% de los alumnos respectivamente. Fue en Huancayo donde se encontró el menor reporte de alumnos que ya habían probado alcohol, pues alcanzó el 49,2% de la población escolar. Adicionalmente, observaron que el número de varones que han probado alcohol es mayor al de mujeres en las ciudades de Lima, Huancayo y Trujillo, mientras en Tarapoto el consumo es muy similar entre ambos sexos, evidenciando que los comportamientos de consumo de ambos sexos son cada vez más similares. En cuarto año de secundaria 7 de cada 10 alumnos de las ciudades de Lima, Trujillo y Huancayo, y 8 de cada 10 alumnos la ciudad de Tarapoto han consumido algún tipo de bebida alcohólica.

### Sedentarismo

Desde hace mucho tiempo se conoce que la práctica de los deportes, ejercicios aeróbicos e, incluso, la actividad física no vigorosa por 30 minutos diarios o durante casi todos los días de la semana proporciona beneficios importantes para la salud. Entre estos beneficios se cuentan la eliminación o reducción del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama, además de reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimular la autoestima y mejorar la claridad mental. Asimismo, los escolares que suelen ser activos tienen mejor rendimiento académico y un sentido de responsabilidad personal y social más acentuado que los que son más sedentarios. A pesar de la gran difusión y aceptación de lo anterior, los estilos de vida sedentarios son los que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero. Tanto es así, que la inactividad constituye uno de los grandes factores de riesgo que explican las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades no transmisibles (ENT), las que constituyen el 76% de todas las defunciones en América, y el 86% en Europa (Jacoby, Bull y Neiman, 2003).

En la región de las Américas, aproximadamente más de la mitad de la población no observa la recomendación de un mínimo de 30 minutos diarios de actividad moderadamente intensa por lo menos cinco días a la semana. En América Latina, según los datos de estudios realizados en Brasil, Chile, México y Perú, más de dos terceras partes de la población no practica los niveles recomendados de actividad física. Un hallazgo importante es que algunos factores sociodemográficos específicos se asocian con la participación en deportes y ejercicios. Entre estos resaltan que: a) participan menos en actividades físicas las mujeres que los hombres, b) la participación se reduce a medida que avanza la edad y, c) las personas de mayores ingresos son más propensas a practicar actividades físicas (Jacoby, Bull y Neiman, 2003).

Los datos sobre Perú muestran que más de la tercera parte (38,2%) de la población entrevistada<sup>3</sup> practicaba deportes o ejercicios al menos una vez a la semana, y esta proporción fue mayor entre los hombres (44,5%) que entre las mujeres (32,4%). Por otro lado, 11,6% de las personas practicaban actividades deportivas regulares (ADR) con frecuencia diaria o interdiaria, que también fue ligeramente mayor en hombres (12,8%) que en mujeres (10,5%). Llamativamente, el grupo de edad que practicaba más ADR fue el de 50 a- 55 años en los hombres (20%) y el de 40 a -45 años en las mujeres (18%). En los restantes grupos de edad, la proporción de personas que practicaban ADR fue menor en ambos sexos, pero particularmente entre las mujeres. Por otro lado, la proporción de personas que practicaban deportes una vez por semana en el período entre la adolescencia y los 60 años de edad fue dos veces mayor (de 21,2% a 44%) entre los hombres y casi tres veces mayor (de 13,1% a 31,7%) que entre las mujeres de los mismos grupos de edad (Seclén-Palacín y Jacobi, 2003).

En conclusión, aunque es ampliamente conocido que el ejercicio regular produce beneficios para la salud, el sedentarismo es la norma entre la población urbana.

## DESNUTRICIÓN, HÁBITOS NUTRICIONALES Y OBESIDAD

### a) Desnutrición

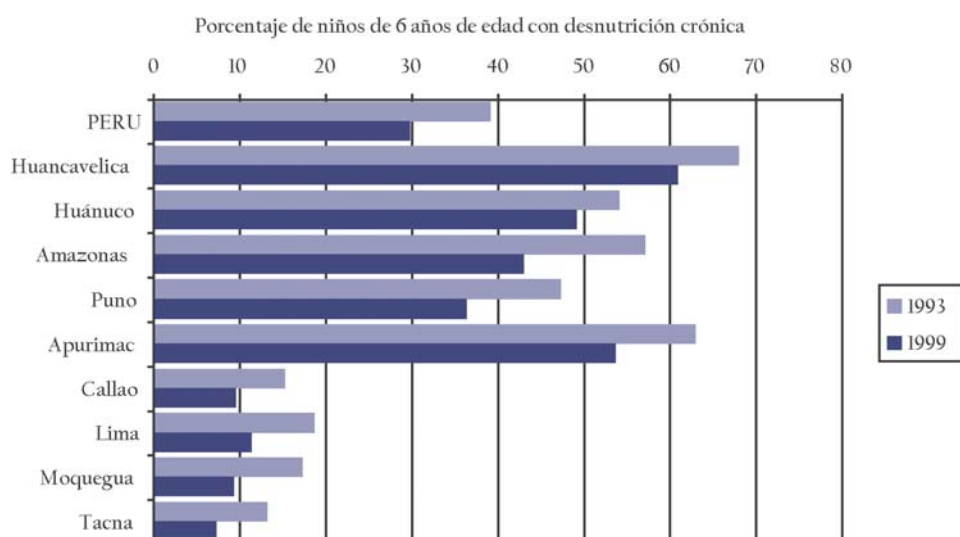
La prevalencia de desnutrición energéticoproteica, si bien había disminuido globalmente en América Latina y el Caribe, en 1995, alrededor de 6 millones de niños menores de 5 años tenían déficit de peso para la edad (Peña y Bacallao, 2000: 3).

Al inicio de este capítulo se mostró algunos datos sobre la desnutrición infantil en Perú y su relación con la pobreza. En la Figura N° 22 se muestra los altos porcentajes de desnutrición crónica en niños de 6 años de edad en algunos departamentos seleccionados de Perú.

<sup>3</sup> 45 319 personas de 15 años o mayores que fue la muestra de Encuesta Nacional de Hogares del segundo trimestre del año 1997, en el Perú (ENAH0 97-II), a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI).



Figura N° 22. Desnutrición crónica en niños de 6 años de edad, Perú 1993 y 1999, para algunos departamentos seleccionados



Fuente: Ministerio de Educación. Censos nacionales de talla en escolares 1993 y 1999

Se aprecia que en los departamentos con mayor proporción de población en pobreza, entre 40 a más de 60% de los niños de 6 años sufren de desnutrición crónica. El déficit de la talla para la edad debido a una nutrición insuficiente, asociado a episodios infecciosos frecuentes y prolongados y a un medio ambiente desfavorable es la manifestación antropométrica más común de la deficiencia nutricional en la región (Peña y Bacallao, 2000: 3).

### b) Hábitos nutricionales y obesidad

Entre otras consecuencias, la nutrición deficiente y los hábitos alimenticios no sanos están asociados a diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. El desempeño escolar de los niños está vinculado a la nutrición, el peso corporal y la actividad física. Durante el embarazo la nutrición deficiente produce un aumento de peso insuficiente para la madre y bajo peso al nacer en el bebé. Un peso corporal apropiado, determinado en gran parte por el ejercicio y la dieta, contribuye en forma significativa a una autoimagen positiva, la cual tiene efectos importantes sobre la salud mental, la sensación de capacidad y control sobre las circunstancias de la vida.

Entre los problemas de salud derivados de malos hábitos nutricionales se encuentra la obesidad. Ésta se considera una condición compleja, con dimensiones sociales y psicológicas, además de las físicas, serias que afecta virtualmente a personas de todas las edades y de todos los grupos sociales. El alto consumo de alimentos con alto contenido de energía y los nutritivamente pobres de alto contenido de azúcares y grasas saturadas, combinado con actividad física escasa ha hecho que el número y porcentaje de obesos haya aumentado considerablemente.

La obesidad que se considera actualmente una pandemia es un nuevo reto para la salud pública debido a que es un factor de riesgo para varias enfermedades crónicas no transmisibles como



la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes mellitus de tipo II, la hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, la osteoartritis y la osteoporosis, entre otras.

La obesidad epidémica no está restringida a los países desarrollados. En América Latina, la obesidad ha aumentado en magnitud tal, que ya se considera como un problema de salud pública en casi todos los países. Aunque la prevalencia de obesidad es baja entre preescolares, ha aumentado significativamente entre los escolares. En los adultos —a diferencia de los países desarrollados, donde la obesidad aparece más frecuentemente entre los pobres—, en los países pobres la obesidad suele coexistir con la desnutrición (Peña y Bacallao, 2000: 3).

La obesidad es un determinante de la salud que, como todos, a su vez está determinado por otras condiciones, entre éstas se cuentan: bajo peso al nacer, talla baja, bajo nivel educativo, bajo nivel de ingreso, alto consumo de grasas saturadas y el estilo de vida sedentario (Kain, Vio y Albala, 2003).

En Perú, en 1995, en un estudio realizado en comedores populares de los asentamientos humanos pobres de un distrito de Lima Metropolitana se encontró una prevalencia de exceso de peso de 32,6% y de obesidad de 13,1. Hubo una asociación directa entre obesidad y condición socioeconómica (Zavaleta, 1995). En 1996, en la encuesta ENDES se encontró que de 9600 mujeres que habían dado a luz por lo menos un niño durante los cinco años precedentes, 34,5% tenían sobrepeso y el 9,4% eran obesas. Otro estudio realizado entre 1998 y 2000 en 1176 familias de 6 ciudades encontró que las proporciones de mujeres que tenían sobrepeso (ajustando el índice de masa corporal al peso y la edad) fue de 39,7% y eran obesas el 23,5%; en hombres, los porcentajes fueron 44,0 y 16,0, respectivamente. Entre los factores asociados negativamente con la obesidad se encontró el nivel educativo y el nivel de información sobre salud. Es importante también notar el hallazgo de que entre las mujeres urbanas y rurales del mismo nivel socioeconómico, las primeras tienden a buscar controlar su obesidad, las otras no (Jacoby, Goldstein, López, *et al.*, 2003).

## ENTORNOS FÍSICOS

Las características del entorno físico general, del lugar de trabajo y de vivienda, y de los lugares por donde usualmente transita la población son importantes determinantes de la salud. Existen importantes determinantes de su salud que derivan de la contaminación del aire —incluida la exposición secundaria al humo de tabaco—, la contaminación del agua y de los alimentos que ingerimos, el nivel de exposición a los rayos infrarrojos, el contenido de oxígeno en el aire que respiramos, de la seguridad en el diseño de las viviendas, las escuelas, las carreteras y los lugares de trabajo.

Enseguida se describe brevemente algunos aspectos del entorno físico en Perú.

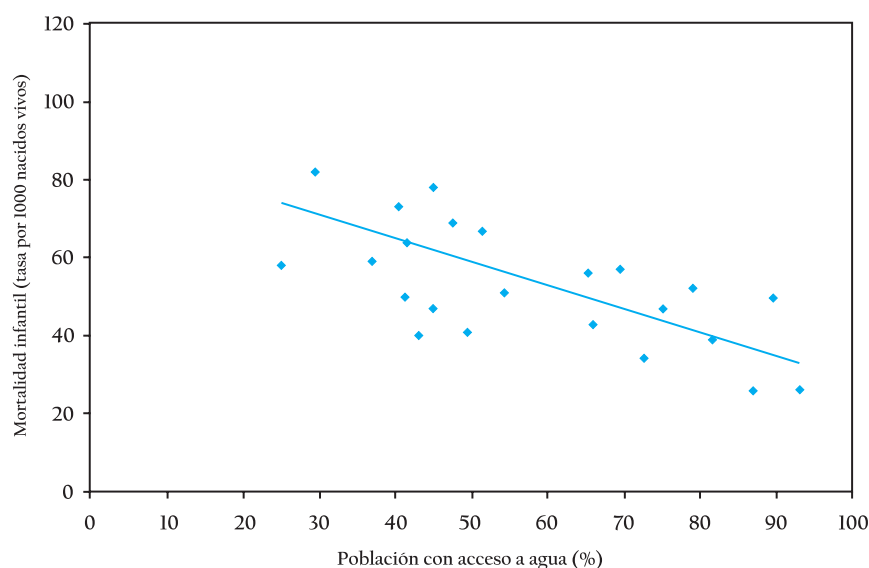
### Vivienda y servicios básicos

Según el último censo, realizado en 1993, si bien hay una mejoría en cuanto a la relación número de viviendas /población, el mayor crecimiento en el número de viviendas se ha dado en aquellas que no reúnen condiciones adecuadas de habitabilidad, esto es, son viviendas improvisadas (construidas provisionalmente con materiales ligeros (estera, caña chancada) o materia-

les de desecho (cartón, latas, etc.) o con ladrillos superpuestos. Más aún, la deficiencia no sólo está en el material y diseño de las viviendas, sino también en los servicios de saneamiento rural básico. Por ejemplo, el caso del acceso al agua potable y otros servicios y su relación con la salud. El 88% de los hogares urbanos se provee de agua por red pública, sea dentro o fuera de su vivienda y de pilón público; existiendo un 12% de hogares que carece de estos servicios. Estas cifras decrecen cuando se analiza el abastecimiento de agua en el área rural, donde sólo 46% de pobladores se proveen de agua por red pública. Adicionalmente, los pobladores se abastecen de agua proveniente del manantial (24%), río o acequia (16%), o pozo (12%) (ENDES, 2000).

En la figura N° 23 se observa que existe una relación inversa entre la tasa de mortalidad infantil y la proporción de población con acceso a agua potable: la TMI se reduce a medida que incrementa el acceso a agua potable.

**Figura N° 23. Correlación entre la tasa de mortalidad infantil y los niveles de acceso a servicios de agua potable, Perú 1996**



Fuente: MINSA, SEPS, OPS, 1999

Datos de 1995 muestran que grandes proporciones de la población peruana no tienen acceso al servicio de agua potable. Sólo en cuatro departamentos (Lima, Arequipa, Tacna e Ica) y en la provincia constitucional del Callao, el porcentaje de población que tiene servicios de agua potable sobrepasa el 80%. En 14 departamentos dicha proporción no supera el 52%, y en 8 de estos no es mayor del 42%.

A nivel distrital, el 34,7% de la población no tiene agua potable, pero existen distritos en los cuales esa proporción llega hasta 57,3%. Incluso, la situación aparece peor cuando notamos que el servicio de agua potable es, de los servicios básicos, con el que más se cuenta. En los distritos en extrema pobreza la población sin desagüe es un abrumador 91,4% y la población privada de electricidad es 86,5%. Tabla N° 4.

**Tabla N° 4. Acceso a servicios básicos (%) la población peruana, según niveles de pobreza y distritos. 2000**

Niveles de Pobreza	N° de distritos	Servicios		
		Pob. sin agua (%)	Pob sin desagüe (%)	Pob. sin electricidad (%)
Pobreza Extrema	201	57,3	91,4	86,5
Muy Pobres	592	42,3	86,8	78,3
Pobres	718	44,7	71,4	48,8
Regular	270	29,6	39,0	20,9
Aceptable	37	8,6	9,0	5,2
<b>Total nacional</b>	<b>1818</b>	<b>34,7</b>	<b>54,3</b>	<b>38,3</b>

Elaboración: Foncodes, 2000.

En la tabla N° 5 se observa que 8764 045 personas no cuentan con acceso a servicios de agua potable y, por tanto, la mortalidad infantil en sus hogares será mayor que en el otro grupo social que sí cuenta con servicios de agua potable.

**Tabla N° 5. Población sin agua potable. 2000**

Niveles de Pobreza	N° de distritos	% pobl sin agua	Pobl. total	Pobl. sin agua
Pobreza Extrema	201	57,3	1102 622	631 802
Muy Pobres	592	42,3	3557 767	1504 935
Pobres	718	44,7	7434 229	3323 100
Regular	270	29,6	10354 157	3064 830
Aceptable	37	8,6	2783 451	239 376
<b>Total</b>	<b>1 818</b>		<b>25232 226</b>	<b>8764 045</b>

Fuente: Elaboración propia.

Conocer cómo se distribuye el acceso a servicios de agua potable es de suma importancia debido a que, allí donde falta, es mayor la frecuencia de muertes infantiles; por tanto, ese es un dato fundamental que debe ser tomado en cuenta en la formulación de políticas y planes.

### Entorno físico en el trabajo y salud

Dentro de los riesgos presentes en el entorno físico en los ambientes de trabajo, la OMS (OPS, 1998) ha realizado estimaciones sobre situaciones de múltiples riesgos ocupacionales, entre los datos destacan los siguientes:

- Riesgos mecánicos afectan a entre 50 y 70% de los trabajadores en países no desarrollados.
- Riesgos biológicos: más de 200 agentes, como el VIH, VHB, parásitos, en diferentes ocupaciones.
- Riesgos físicos: afectan a 80% de la fuerza de trabajo de los países en desarrollo y recientemente industrializados.
- Riesgos químicos: más de 100 mil diferentes sustancias en la mayor parte de las actividades económicas.
- Riesgos reproductivos: sustancias químicas teratogénicas o mutagénicas y afectan particularmente a la salud materna y reproductiva de los trabajadores.
- Agentes carcinógenos prevalentes en los lugares de trabajo: entre 2 y 8% de todos los cánceres son de origen ocupacional. Entre 10% y 30% de todos los tipos de cánceres del pulmón en hombres se atribuyen a exposiciones ocupacionales.
- El polvo y en menor grado los gases y vapores están asociados con un aumento de 30% a 50% de la enfermedad obstructiva crónica pulmonar. Efectos tóxicos renales han sido asociados con exposiciones a plomo, mercurio y solventes orgánicos. Desórdenes neurológicos han sido causados por plaguicidas, metales pesados y varios solventes orgánicos.
- Se estima que la mayoría de los tres mil agentes alérgicos son de origen ocupacional.
- Muchos otros más.

## SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades, contribuyen a la salud de la población. Son tan importantes preventivos y de atención primaria de salud como lo es la atención prenatal, los consultorios infantiles y la inmunización para la salud maternoinfantil. Los servicios que educan a los niños y los adultos sobre los riesgos para la salud y las elecciones sanas, además de promover hábitos saludables, son una contribución. Los servicios para ayudar a los ancianos a mantener su salud e independencia son también importantes. Y los servicios comunitarios de salud ambiental ayudan a garantizar la seguridad de los alimentos, el agua y el medio ambiente (Canada Health-OPS/OMS, 2000).

Los servicios de salud diseñados para curar las enfermedades y restablecer la salud también contribuyen a mantener a las personas saludables. Sin embargo, estos servicios no son realmente parte del enfoque de salud de la población porque están concentrados esencialmente en enfermedades individuales y factores clínicos de riesgo (Canada Health-OPS/OMS, 2000). Empero, en un país con altos índices de morbilidad evitable, como Perú, los servicios curativos y de rehabilitación tienen un rol fundamental que cumplir. En ese sentido, es importante analizar algunos de sus aspectos relevantes.

En los últimos 15 años, en Perú ha aumentado significativamente el número de establecimientos que prestan servicios de salud tanto a nivel urbano como rural. El papel –cualitativo y cuantitativo– del Estado en esta respuesta social organizada ha sido y sigue siendo central. Por ejemplo, el Ministerio de Salud es propietario de 140 hospitales, entre todos los cuales sumaban 24 489 camas; EsSalud contaba, en 1995, con 71 hospitales y 5435 camas, las Fuerzas Armadas

tenían 20 hospitales entre los cuales acumulaban 1947 camas, en el sector privado había 6355 camas repartidas en 224 hospitales. Los hospitales de MINSA producen aproximadamente, 500 000 egresos por año y atienden, además, el 50% de todas las consultas del subsector público (siete millones de consultas anuales).

El número de establecimientos de salud ha aumentado su disponibilidad a nivel nacional. Sin embargo, la disponibilidad de un servicio no necesariamente indica su utilización. Por un lado, por ejemplo, si bien es posible que un pobre pueda ser atendido en cualquier hospital o establecimiento del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, lo esperable es que se atienda en el subsector estatal. Ello no debe llevar a pensar que los hospitales estatales atienden mayormente a pobres. A manera de ilustración, en el 2001, en el Hospital Arzobispo Loayza los usuarios categorizados como pobre y pobre extremo alcanzaron sólo el 13%, nivel ciertamente muy por debajo de porcentaje nacional (54,8%) y limeño (33,4%) de pobres y pobres extremos. Cuando se toma en cuenta el total de establecimientos dependientes del Ministerio de Salud se encuentra que, el año 2000, el 46,2% de los consultantes eran no pobres, el 40,2% eran pobres no extremos y el 13,6% pobres extremos. (OPS/MINSA, 2003: 14).

Por otro lado, existe en Perú un alto porcentaje de personas que reportan estar enfermas y que no consultan a un servicio de salud, esto es, no se convierten en demanda efectiva para las instituciones de salud. En 1985, sólo el 40,3% de los que reportaron estar enfermos efectuó una consulta, habiéndose incrementado a 54,0% en 1997 y a 55,9% en el año 2000. El crecimiento de la utilización es, principalmente, explicado por la expansión del aparato prestador del Ministerio de Salud en el primer nivel de atención que se llevó a cabo entre 1994-2000 mediante el Programa de Salud Básica para Todos, inicialmente, y después con el Programa de Acuerdos de Gestión (OPS/MINSA, 2003: 14).

No debe dejarse de notar que el 44,1% de los que se sienten enfermos siguen sin realizar consulta institucional; de quienes se autopercebían enfermos, el 2000, el 42% no consultó a los servicios de salud porque no lo consideraron necesario; y el restante 58% porque no pudo. La ausencia o insuficiencia de recursos económicos fue la razón mencionada por la gran mayoría de los entrevistados (74,3% en 1997 y 82,2% en el 2000) que no pudieron consultar a un servicio de salud pese a autoperibirse como enfermos (OPS/MINSA, 2003). Existe, entonces, una clara relación entre el nivel de pobreza y el de utilización de los servicios de salud. Esto se puede observar con claridad meridiana en la Tabla N° 6, que muestra la existencia de una correlación casi lineal y directa entre ingreso y utilización de los servicios de salud. Por un lado, la utilización entre los más pobres (decil 1) ha variado entre 27,8% en 1985 y 40,5% en el año 2000. Por el otro lado, en el decil de mayor ingreso la variación ha sido desde 49,8% hasta 66,7%, en los años mencionados (OPS/MINSA, 2003: 17). Si bien ha aumentado la utilización de los servicios en los grupos de todos los deciles, la mayor utilización sigue correspondiendo a los no pobres.

Tabla N° 6.

## Perú: Tendencias de utilización de los servicios de salud, según decil de gasto familiar per capita 1985-2000 (en porcentajes de población)\*

Decil de Gasto Familiar per capita	1985	1994	1997	2000
1	27,8	31,5	35,1	40,5
2	32,4	34,0	41,8	51,9
3	38,4	36,5	41,1	53,0
4	36,2	41,7	47,4	50,6
5	41,6	37,7	50,3	54,8
6	39,0	34,5	52,9	56,7
7	42,6	50,7	54,3	61,6
8	45,4	42,9	59,1	54,8
9	49,0	46,2	56,3	60,1
10	49,8	54,4	59,3	66,7

\*: Respecto al 100% de personas que reportan enfermedad en cada categoría

Elaboración: OPS/MINSA, 2002

Fuente: ENNIV 1985, 1994, 1997 y 2000

Este tipo de correlaciones casi directas o definitivamente directas, como la mostrada entre ingreso económico y utilización de servicios de salud, pero que podría ser con cualquier indicador de resultados de salud, como se ha mencionado antes: nutrición, mortalidad, etc., pueden llevar a establecer una relación de causalidad bajo una mirada determinista mecánica. Hallar una correlación directa entre un indicador económico y un indicador sanitario –generalmente corriendo paralelamente, pero en sentido contrario– puede llevar a pensar que se ha identificado el determinante social de la salud en una población. Más aún, afirmar desde allí, erróneamente, que el progreso económico es la verdadera clave para mejorar la salud y aumentar la esperanza de vida.

Al respecto, es pertinente acudir al concepto de «oportunidades sociales», una de las libertades instrumentales según Amartya Sen, quien las define de la siguiente manera:

«Las oportunidades sociales se refieren a los sistemas de educación, sanidad, etc., que tiene la sociedad y que influyen en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor. Estos servicios son importantes no sólo para la vida privada (como llevar una vida sana y evitar la morbilidad evitable y la muerte prematura), sino también para participar más eficazmente en las actividades económicas y políticas» (Sen, 2000: 60).

Se puede contar, entonces, como oportunidad social todo aquello que evita la exclusión de un grupo poblacional. Antes, se ha tratado sobre la exclusión social de las comunidades indígenas peruanas y sobre la accesibilidad a los servicios de salud por razones económicas; enseguida

se revisa brevemente otros tipos de explicación del poco uso de los servicios de salud por algunos grupos sociales: la accesibilidad geográfica y la pertenencia étnica.

La poca accesibilidad geográfica como explicación de por qué los peruanos no consultan a un servicio de salud a pesar de que se perciben como enfermos en un momento dado, muestra una evolución en sentido contrario a la económica, habiendo disminuido de 7.7 a 3.2%, entre los años 1985 y 2000. Se ha considerado, que las razones más importantes para este cambio han sido dos: a) la rehabilitación de la red vial de carreteras realizada entre 1998 y 2000 por el Proyecto de Caminos Rurales y su mantenimiento por microempresas creadas con tal finalidad, y b) un acortamiento efectivo de las distancias (OPS/MINSA, 2003: 18). Esto último podría ser debido a la instalación de nuevos establecimientos o servicios, como el Programa de Comunidades Dispersas.

De las fuentes con información relativamente actualizada sobre la situación de salud no puede estudiarse la relación entre la autopercepción de enfermedad y la utilización de servicios de salud según pertenencia étnica debido a que no incluyen preguntas explícitas sobre la pertenencia étnica de los encuestados. Sin embargo, puede utilizarse la lengua materna como un indicador de aproximación. Un estudio de OPS/MINSA (2003:23) que, por razones de orden estadístico, sólo analizó los datos de las ENNIV (1994, 1997 y 2000) de dos grupos: lengua materna español y lengua materna quechua, mostró que quienes tienen el español como idioma materno utilizan mucho más los servicios de salud que quienes tienen el quechua. Sin embargo, la importante diferencia en el ámbito nacional (60,1% vs 48,8%) disminuye en forma notable (62,0% vs 57,2%) al reducirse el campo de observación a las zonas urbanas. Entonces, asumiendo el idioma materno como un indicador aproximado de la pertenencia étnica se puede concluir, dentro de las limitaciones dadas de no contarse con el dato empírico directo, que el peso de lo étnico en términos cuantitativos se modera con la urbanización, que en cierta medida podría estar reflejando el mayor acceso geográfico de los quechuahablantes a los servicios de salud o de algunos tipos de servicios de salud, los de mayor nivel de resolución. Tomado más globalmente, la explicación podría ser más bien la «no ruralidad».

## RURALIDAD

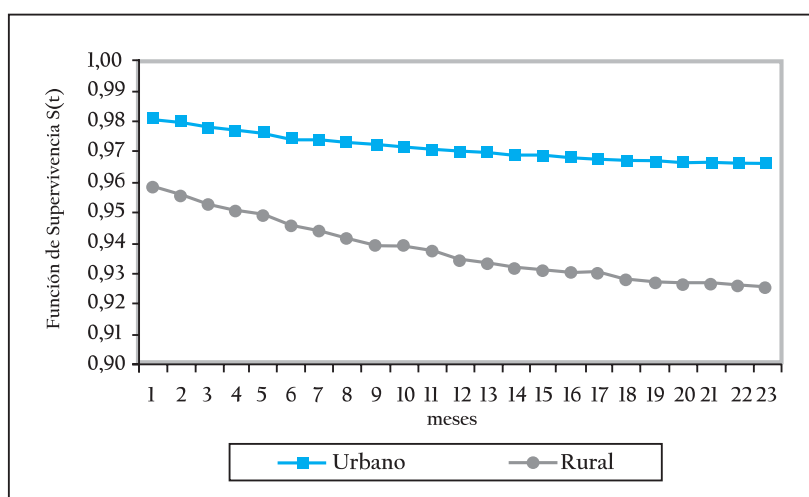
Si bien el término que usualmente se maneja es lugar de residencia o ámbito geográfico, generalmente referido a las unidades de división política del país, un término más comprehensivo es espacio-población. Por ejemplo, la TMI en Perú fue 45/1000 nv el año 2000; bajo ese promedio, si se usa a las regiones como unidades de estudio. Las diferencias aparecen claramente como las que existían, en 1993, entre el Callao (22,9/1000 nv) o Lima (26,4/1000 nv) con el Cusco (91,8/1000 nv) o mayor aún con Huancavelica (106,6/1000 nv). Cuando se usa el criterio de ruralidad para diferenciar espacios-población, la TMI a nivel rural (62/1000 nv) es algo mayor del doble que en las zonas urbanas (29/1000 nv). Incluso, un estudio afirma que el modo de vida rural, aunado al no desempeño en idioma español de la madre son las variables «más determinantes» para contextualizar la predicción de la mortalidad infantil (MINSA, SEPP, OPS, 1999: 10).

Dammert (2001) al analizar la mortalidad infantil observó que el 97% de los niños sobrevivió al menos al primer mes de vida, mientras que el 95% sobrevivió más de 23 meses. Si se observa



la función empírica de supervivencia según el área de residencia se encuentra que los niños que viven en áreas rurales presentan una función de supervivencia que desciende más rápidamente respecto a aquellos que viven en áreas urbanas. Es decir, la duración de vida para los que viven en áreas urbanas es mayor respecto a aquellos que viven en áreas rurales, tal como se observa en Figura N° 24.

Figura N° 24. Función empírica de sobrevivencia según área de residencia

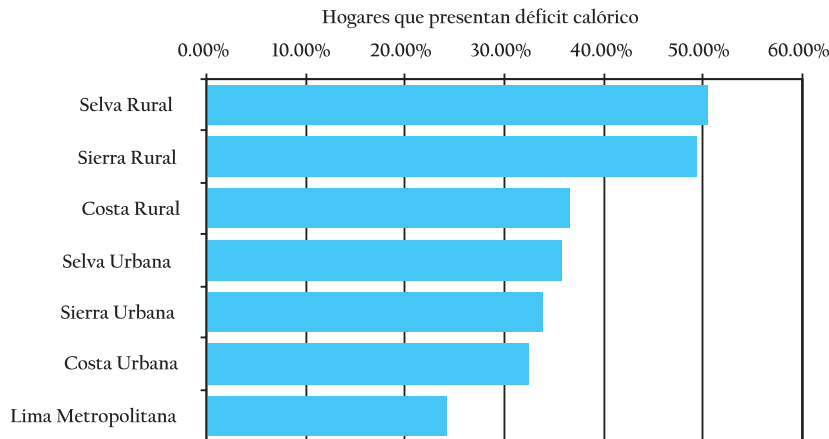


Fuente: ENDES, 1996. Elaborado por Dammert, 2001

Otra condición en la cual se puede apreciar la importancia de la ruralidad como determinante de salud es la salud materna. Por ejemplo, la ruralidad es una condición que restringe la atención de partos en servicio. Sólo el 23,8% de las mujeres rurales tienen partos atendidos en servicios de salud, en comparación con las mujeres que viven en zonas urbanas. El porcentaje en Lima supera el 90%, mientras que en las grandes ciudades alcanza un 73,3% y en el resto urbano un 63,3%.

La desnutrición es otro problema importante de la población peruana en la cual la ruralidad juega como un determinante claro. La Figura N° 25 muestra la proporción de hogares peruanos en los cuales existía déficit calórico entre 1998 y 2002. Puede apreciarse que ésta ha ido aumentando en forma sostenida, pasando de aproximadamente 22 a 35%. En 2002, si bien la proporción promedio de hogares que presentaban déficit calórico era algo superior a 35% para el ámbito nacional, en la selva rural y en la sierra rural el porcentaje llegó a poco más y poco menos del 50%, respectivamente. En Lima Metropolitana bordeaba el 24%. Es claro en la gráfica, que el problema es significativamente mayor en las zonas rurales con relación a las zonas urbanas en cada uno de los tres ámbitos estudiados. Figura N° 25.

Figura N° 25. Proporción de hogares que presentan déficit calórico. Perú, 2002



Fuente: ENAHO 1998 -2002 IV Trimestre

Elaboración: IRD-INEI

Finalmente, el reflejo del peso de la ruralidad en la mortalidad puede verse para el caso de la mortalidad infantil asociada a la desnutrición infantil. A manera de ilustración, en Huancavelica (departamento con alta proporción de población rural), la mortalidad en la niñez debido a deficiencias nutricionales y anemias nutricionales no sólo ocupa el primer lugar como causa de muerte, con una tasa 142,2 por 100 000 (muy por encima de las infecciones respiratorias agudas que son la causa de muerte en 82,5 por 100 000), sino que, es casi 15 veces mayor que en el Callao (zona prácticamente urbana en su totalidad), donde la tasa de mortalidad en la niñez por desnutrición es 9,7 por 100 000 (González, 2004).

## CAPÍTULO III

# IMPLICACIONES DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: NUEVAS PERSPECTIVAS, POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD PÚBLICA

Las herramientas para la acción orientadas a mejorar la salud de la población son concreciones de las políticas y estrategias de salud adoptadas, explícita o implícitamente. Éstas, a su vez, responden a los enfoques generales sobre salud que tienen, implícita o explícitamente, quienes deciden sobre éstas.

Políticas, estrategias y herramientas adecuadas sólo pueden generarse en el marco de una visión holística que integre las diferentes dimensiones que determinan la salud de una población en sus análisis y explicaciones de la situación de salud, y en la toma de decisiones sobre las intervenciones a realizar.

### La determinación general como un nuevo marco conceptual para la acción de la salud de la población

El marco conceptual para la acción de la salud de la población basado en la determinación general consta de cinco categorías interrelacionadas que deben comprenderse como elementos de un sistema complejo. Una estrategia integral para mejorar la salud de la población debe incluir políticas e intervenciones para abordar algunas o todas esas categorías, reconociendo sus interrelaciones (Canada Health-OMS/OPS, 2000). Las cinco categorías son las siguientes:

- **Entorno socioeconómico:** ingreso económico, empleo, posición social, redes de apoyo social, educación, y factores sociales en el lugar de trabajo.
- **Entorno físico:** los aspectos físicos en el lugar de trabajo y en las viviendas, al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas.
- **Hábitos personales de salud:** comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
- **Capacidad individual y aptitudes de adaptación:** la estructura psicológicas de la persona, como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas.
- **Servicios de salud:** servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

En este enfoque, se busca alcanzar las metas para mejorar la situación de salud de la población mediante la acción sobre sus determinantes sociales, tanto en términos individuales (prácticas

de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación) como colectivos (entornos propicios y servicios), teniendo en cuenta que los determinantes colectivos proporcionan las bases para los determinantes individuales.

La acción sobre los determinantes esencialmente se realiza, mediante la formulación e implementación de políticas públicas, las cuales deben basarse en las evidencias de determinación, causalidad y riesgo identificadas y estudiadas a través de la investigación directa o la sistematización de la información producida para otros fines. Esta perspectiva permite brindar, a los gobernantes y a los otros actores sociales del campo sanitario información que muestra evidencias científicas sobre los determinantes de la salud. Igualmente, los provee de los conceptos, técnicas y herramientas para formular las políticas públicas, para implementarlas y para calcular el impacto potencial de las intervenciones planeadas.

Entonces, esta perspectiva permite que los gobernantes sustenten sus decisiones de intervención sobre bases científicas. Esta afirmación es engañosamente simple. Trasladar las evidencias científicas a la política y a la acción es siempre un problema complejo. Los gobernantes, cuando piensan acerca de la salud, usualmente lo hacen sobre los costos de la atención, dejando el tema de la causalidad en un segundo u otro plano inferior (Wilkinson y Marmot, 1998).

### Las implicaciones del modelo de causalidad para el análisis de la situación de salud, la formulación de políticas, estrategias y prácticas en salud.

La adopción de un adecuado modelo causal de los fenómenos de salud-enfermedad tiene efectos directos sobre la formulación de las políticas de salud, sobre la práctica de los servicios y profesionales de salud, y es de sustancial importancia en la asignación de recursos en la investigación y en la intervención (Parascandola y Weed, 2001: 909).

El asunto es que dependerá de cómo percibimos las influencias causales –ya sea una percepción consciente o no– la manera como enmarquemos nuestras preguntas, análisis e interpretaciones de los datos epidemiológicos y de otras disciplinas relacionadas a la salud (Tam y Lopman, 2003:477; Karhausen, 2001:710; Poole, 2001:707). Se requiere, por lo tanto, de modelos de causación que permitan ir a la búsqueda del «por qué» y no se conformen con el estudio del «cómo» (Tam y Lopman, 2003:478).

Las implicancias del enfoque de causalidad sobre las decisiones para la acción de los proveedores de salud y, evidentemente, para la acción esperada de los individuos pueden apreciarse en las dos situaciones siguientes:

La primera situación: la causa de la mayoría de las enfermedades no infecciosas continúa siendo desconocida en gran medida. Se ha buscado su etiología siguiendo dos caminos; uno mediante la comparación de aquellos que tienen la enfermedad y aquellos que no la tienen (casos y controles) y, la otra, mediante el estudio de cohortes expuestas y no expuestas al factor etiológico postulado. Ambos, constituyen lo que Rose (1985) llama estudios intrapoblacionales, debido a que siguen un

*El riesgo relativo que se acepta como una medida apropiada de la fuerza etiológica, no mide en absoluto el resultado etiológico y no tiene importancia para la salud pública, dado que finalmente, es un indicador de la susceptibilidad individual.*

enfoque centrado en el individuo y que terminan por identificar el riesgo relativo, esto es «el riesgo de los individuos expuestos en relación al riesgo de los individuos no expuestos». El riesgo relativo, que se acepta como una medida apropiada de la fuerza etiológica, no mide en absoluto el resultado etiológico y no tiene importancia para la salud pública dado que finalmente, es un indicador de la susceptibilidad individual. Sobre la base de este modelo causal se ha formulado la llamada estrategia preventiva del «alto riesgo», la cual, en breve, procura identificar a los individuos susceptibles de alto riesgo y ofrecerles cierta protección individual, como en los casos de hipertensión arterial, embarazos de alto riesgo, nacidos prematuramente, hipercolesterolemia, entre otros (Rose, 1985).

Otra forma como se ha buscado la etiología de las enfermedades no infecciosas ha sido comparando las tasas de incidencia entre poblaciones diferentes o estudiando los cambios registrados dentro de una población a lo largo del tiempo. Sobre las postuladas causas de la diferencia entre las tasas de incidencia se elabora una estrategia poblacional de prevención, ésta busca controlar los factores determinantes de la incidencia, reducir el nivel promedio de los factores de riesgo y desplazar en una dirección favorable toda la distribución de la exposición. Como, por ejemplo, dejar de fumar, controlar la contaminación ambiental o utilizar cinturones de seguridad en los vehículos de transporte. Este tipo de prevención se orienta a las causas subyacentes de la incidencia (Rose, 1985). Nótese que no necesariamente requiere la identificación de la causa específica de fenómenos salud-enfermedad sobre los que se interviene.

*A partir de la perspectiva que considera a la situación de salud como resultante de la interacción de procesos probabilísticos -sin excluir aquellos en los cuales existe una relación determinística- se ha construido un nuevo marco conceptual, el de la determinación general de la salud.*

La segunda situación que permite apreciar cómo el modelo causal adoptado por los gobernantes y actores sociales se refleja en sus decisiones de intervención fue el caso del mencionado Informe Lalonde. Sobre la base de este modelo causal, el gobierno canadiense proyectó una política sanitaria con gran énfasis en la promoción de la salud, sustantivamente diferente de la que desarrollaba hasta entonces (Dever, 1991:4). Esta perspectiva sobre la situación de salud como resultado de la interacción de procesos probabilísticos, en gran parte, y sin excluir aquellos en los cuales existe una relación mecánica simple o determinística, se ha concretado actualmente en un nuevo marco conceptual, el de la determinación general –incluye a la social– de la salud, el cual viene siendo aplicado en varios países, entre los que destacan Canadá y Suecia.

Por ejemplo, las políticas de salud pública de Suecia están basadas en once objetivos relacionados con los más importantes determinantes de la salud pública sueca.<sup>4</sup> El propósito mayor es crear las condiciones para una buena salud en términos de igualdad para toda la población. Una mirada a estos once objetivos nos da una visión clara del nuevo marco conceptual, basado en la determinación social de la salud. Los seis primeros objetivos son: 1. Participación e influencia en la sociedad; 2. Seguridad económica y social; 3. Condiciones seguras y saludables durante la infancia y adolescencia; 4. Vida laboral más saludable; 5. Ambientes y productos saludables y seguros; y, 6. Cuidado médico y de la salud que promueva activamente la buena salud. Estos

<sup>4</sup> [http://www.fhi.se/shop/material\\_pdf/newpublic0401.pdf](http://www.fhi.se/shop/material_pdf/newpublic0401.pdf)

objetivos son considerados relacionados con los determinantes estructurales, esto es, condiciones en la sociedad y en nuestro entorno inmediato que puedan ser influidas primariamente, moldeando la opinión pública y tomando decisiones políticas en diferentes niveles.

Los otros cinco objetivos conciernen a los estilos de vida, esto es, que pueden ser influidos individualmente por cada persona, siempre reconociendo que el ambiente social juega un rol muy importante. Estos cinco objetivos son: 1. Protección efectiva contra las enfermedades comunicables; 2. Sexualidad segura y buena salud reproductiva; 3. Incremento de la actividad física; 4. Buenos hábitos alimenticios y alimentos seguros; y 5. Uso reducido de tabaco y alcohol, una sociedad libre de drogadicción y reducción de los efectos peligrosos por el exceso de los juegos por dinero.

Estos objetivos, aprobados por el Parlamento Sueco el año 2003, focalizan el trabajo de la salud pública en los principales determinantes sociales de la salud de su población. Por ejemplo, condiciones de vida, ambientes y estilos de vida.

Este nuevo marco conceptual de la salud de las poblaciones viene ganando espacio aceleradamente entre los gobernantes y otros actores sociales relevantes de la salud pública. La OMS ha constituido la Comisión Sobre los Determinantes Sociales de la Salud, que fuera presentada en Chile —el presidente Lagos es uno de sus miembros— en marzo de este año. Igualmente, la literatura acerca de los determinantes sociales de la salud viene incrementándose notablemente en los últimos años.

### Beneficios e implicaciones de adoptar un marco conceptual para la acción de la salud de la población que asuma prioritariamente la determinación social de la salud

El marco conceptual que se desarrolla actualmente sobre la base de la perspectiva de la determinación social de la salud se basa en evidencias sólidas y ofrece considerables beneficios para la acción común. Sirve como una base uniforme y racional para establecer una escala de prioridades, fijar estrategias e invertir en acciones para mejorar la salud de la población y medir cuánto, cómo y en qué grupos se va avanzando. Permite que todos los actores sociales sanitarios y sus socios en otros sectores puedan concertar sus esfuerzos para abordar los elementos prioritarios comunes que están influyendo en la salud. Con ello, se reúnen los recursos y experticias, se reduce la duplicación y se obtiene mejores beneficios de la inversión (Canada Health, OPS/OMS, 2000).

Este marco conceptual de salud de la población, también, sirve de base común para establecer las prioridades de investigación y de proyectos de intervención, sobre todo teniendo en cuenta los compromisos a largo plazo, los que trasciendan la necesaria y muchas veces urgente atención a los problemas del día a día.

En este sentido, son centrales tres estrategias:

1. Impulsar y fortalecer la comprensión del público sobre los determinantes de la salud en términos generales, y sobre la importancia de la participación social en acciones que mejoren su salud, a la vez que sirvan para reducir las brechas sanitarias orientándose por el principio de equidad.

2. Adoptar la determinación social de la salud de la población como base para la formulación de políticas de salud.
3. Desarrollar iniciativas intersectoriales e integrales de salud de la población para algunas prioridades clave que tienen el potencial de repercutir significativamente en la salud de la población.

Este conjunto de estrategias, al interrelacionarse, permite apreciar con claridad lo erróneo de promover políticas económicas nacionales o regionales diseñadas sólo pensando en el crecimiento económico del país en general —cuánto y de quiénes aumentarán los ingresos—, sin también tener en cuenta, en cómo se usarán los frutos de ese crecimiento económico para lograr la equidad. Entonces, el aumento de las capacidades básicas, entre las cuales se encuentran la capacidad de sobrevivir, la capacidad de desarrollar su proyecto de vida y la capacidad de decidir sobre los factores determinantes de la salud mediante el aumento del grado de control que las personas tienen sobre las circunstancias de su vida, resulta un criterio fundamental del diseño y desarrollo de las políticas económicas, sociales y sanitarias.

### Algunas implicaciones de la determinación social de la salud en Perú

Mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud. Esto, a su vez, implica diseñar e implementar programas para: a) fortalecer las familias; b) hacer de las comunidades espacios para una adecuada interacción social sobre la base de la tolerancia social, c) promover la participación activa y organizada de la población en asociaciones orientadas a la superación y no sólo a la sobrevivencia; y d) crear una cultura sanitaria, política y social basada en reciprocidad y confianza.

En la medida que la educación está estrechamente ligada a la posición socioeconómica, toda política económica o social, no debe ser sólo diseñada y desarrollada teniendo a la salud individual y colectiva como uno de sus criterios de evaluación, sino también, evaluando cómo mejorará la educación de la población, tanto en referencia a la educación básica como a la educación para la salud. El Estado debe multiplicar sus esfuerzos, no sólo para erradicar el analfabetismo, sino para hacer que la población alcance cada vez mayores niveles educativos para el caso específico de la mejora de la salud. La coordinación intersectorial e interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación requiere hacerse sistemática, sostenida y ampliamente.

Las evidencias científicas disponibles tienen importantes implicancias para la promoción de la salud. Es necesaria la creación de entornos laborales saludables y solidarios. Atender la relación empleo/desempleo y salud debe ser una constante preocupación de los tomadores de decisiones en un país como el nuestro en el que su mercado de trabajo se caracteriza por: a) Ingresos laborales estancados; b) Débil creación de empleo total desde 1998; c) empleos que cada vez duran menos; d) creciente uso de contratos temporales; y elevada informalidad (pocos tienen beneficios sociales).

La mayor parte de los riesgos son autoinflingidos. Pese a la amplitud y profundidad de las campañas contra el tabaquismo y la dieta inadecuada, resulta claro que hasta la fecha el éxito ha sido hasta cierto punto escaso en lo que se refiere a modificar las conductas de riesgo para



distintas enfermedades. Es que un estilo de vida comprende un conjunto orgánico de prácticas que concretan un esquema de pensamiento y que, por lo tanto, no es sujeto de cambios; asumiendo cada tipo de comportamiento como si estuviesen aislados del resto, como si fuese una superposición de hábitos y no un todo orgánico. Trabajar para cambiar los estilos de vida es una tarea compleja y ardua debido a que cambiar las prácticas requiere del cambio de las concepciones que las sustentan y cambiar las concepciones sobre un estilo de vida requiere cambiar su práctica, es una dinámica mutuamente reflexiva.

Las personas no son simplemente individuos. Viven en sociedad y sus opiniones, sus valores incluso sus creencias, al igual que sus habilidades, se forman y sostienen dentro de grupos sociales, familiares y comunidades. Seguir un estilo de vida y habitar en una comunidad no son equivalentes, pero están estrechamente interrelacionados. En el curso de este proceso, los estilos de vida se modifican, a veces de forma gradual, a veces abruptamente. Algunos cambios reflejan una decisión consciente de seguir otro estilo de vida; otros derivan involuntariamente de otras decisiones. Entonces, en cuanto a los estilos de vida, promover la salud desde un enfoque de salud de la población, dejando atrás una perspectiva que revictimiza al enfermo, requiere trabajar tanto en las condiciones específicas de salud como en el contexto, trabajar en la triple determinación de la salud de un grupo social: a) los hábitos personales de sus miembros, b) la valoración de tales hábitos personales en el grupo social y en los grupos que considera pares, y c) la valoración de la sociedad en su conjunto acerca de dichos hábitos.

*Construir colectivamente una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de su salud.*

El trabajo en la salud pública desde la perspectiva de la determinación general de la salud debe realizarse con políticas, estrategias y herramientas dirigidas a los tres espacios de la salud y sus diversas dimensiones. Es necesario que la sociedad organizada intervenga para modificar positivamente las determinantes provenientes del individuo y del medio –en sus diferentes niveles: familia, grupo social y sociedad en su conjunto– en el que se desenvuelve, en las múltiples dimensiones biológica, económica, social, antropológica y tecnológica.

En Perú, algo se ha avanzado en la adopción de este nuevo enfoque, como se refleja en los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, formulados, los que comprenden: 1) Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud, 2) Mejorar las condiciones del medio ambiente, 3) Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía, 4) Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud, 5) Reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local. Estos lineamientos apuntan a construir colectivamente una *cultura de la salud* orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de su salud.

Estos avances, aunque incipientes, son parte de un movimiento que ha logrado un importante consenso mundial en la recientemente aprobada Carta de Bangkok (OMS, 2005<sup>a</sup>). En ésta, tras señalar como importantes determinantes sociales de la salud a la desigualdad, el daño al medio ambiente, la rápida y caótica urbanización, así como la exclusión social de grandes grupos

humanos, y conceptualizar a la promoción de la salud como un proceso que permite a las personas incrementar el control que ejercen sobre su salud y sus determinantes, brinda una nueva orientación para promover la salud y llama a todos los sectores de la sociedad a asumir cuatro compromisos fundamentales para que la promoción de la salud:

- a. sea un elemento constitutivo de las políticas y planes de desarrollo nacional y mundial.
- b. sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos locales, regionales y nacionales, los que deben dar prioridad a la inversión en salud mediante formas de financiamiento sustentables.
- c. sea un foco de iniciativas y empoderamiento de las comunidades y la sociedad civil, y
- d. forme parte de las buenas prácticas institucionales para garantizar la salud y la seguridad en los lugares de trabajo, y para promover el bienestar de sus trabajadores, sus familias y comunidades.

Una reflexión final. En este documento se presenta centralmente algunos «hechos sólidos» que se categorizan como evidencias de la determinación social de la salud. Si bien esa era la intención central, esperamos que haya aparecido con claridad el carácter político del mensaje. La más importante barrera para formular políticas de salud que afecten directamente a los determinantes sociales de la salud no estriba en el desconocimiento, sino, en las relaciones existentes de poder político-económico, como es conceptualizado por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005: 35). De allí que las dos grandes líneas estratégicas resultantes de esta nueva perspectiva de la salud poblacional son a) interesar a los líderes políticos del país —en especial al Ministerio de Salud— con la finalidad de construir y trabajar una agenda basada en la determinación social de la salud, y b) reforzar el trabajo científico para investigar y sistematizar la información para poner en evidencia «las causas que subyacen a las causas de la mala salud» de la población peruana y documentar el impacto de las intervenciones diseñadas con este nuevo marco conceptual.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, J. (2001). *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Ed. Manuela Ramos.
- ACKOFF, R. (2002). *El Paradigma de Ackoff. Una administración sistémica*. Ed. Limusa Wiley. México.
- ALATRISTA, MG. (2001). *Percepciones, Valoraciones y Expectativas de la Población de Lima Metropolitana con respecto al Modelo Actual de Atención del Ministerio de Salud*. Tesis para optar el grado de Maestra en Políticas Sociales con mención en Salud y Seguridad Social. Lima 1,999 - 2000. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- ALBER, E. (1999). *¿Migración o movilidad en Huayopampa?. Nuevos temas y tendencias en la discusión sobre la comunidad campesina en los Andes*. Ed. IEP.
- ALTOBELLI, L. (1998) *Identificación de la Demanda Insatisfecha para Servicios de Salud Reproductiva en Huancavelica, Perú: Resultados de una Encuesta de Salud de Mujeres Rurales*. The Population Council. Citado en Dammert, A. 2001
- BARDÁLEZ, C. (1992). *Análisis de la situación de salud en el distrito de Villa El salvador*, Lima, CEPROC.
- BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., KJELLSTROM, T. (1994). *Epidemiología básica*. Publicación científica nº 551, OMS. Ginebra.
- BERKMAN, LF AND SYME, SL. (1979). *Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents*. American Journal of Epidemiology, Vol 109, Issue 2 186-204
- BERKMAN, LF; MELCHIOR, M.; CHASTANG, JF.; ET AL. (2004) *Social Integration and Mortality: A Prospective Study of French Employees of Electricity of France–Gas of France. The GAZEL Cohort*. Am J Epidemiol 2004; 159:167-174
- BELTRÁN, A. (2000). *Determinantes de la Utilización de los Servicios de Control del Embarazo y Parto: El Caso Peruano*. — En: CORTEZ, R. (editor). *Salud, Productividad y Pobreza: Teoría, Método y Aplicaciones al Caso Peruano*. CIUP, (en prensa), citado en A. Dammert, 2001
- BLIZZ, CH. (1996). *El Estilo de Vida y El Estándar de Vida*. En: Nussbaum, M. y Sen, A. (Compiladores). *La Calidad de Vida*. FCE, México.
- BLUM, H.L. (1981). *Planning for Health. Generics for the Eighties*. Human Science Press, New York.
- BOURDIEU, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Ed. Taurus. Madrid.
- BOURDIEU, P. . (2000). *Los usos sociales de la ciencia*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- BRAUDEL, F. (1968). *La Historia y las Ciencias Sociales*. Ed. Alianza.

- BREILH, J. (1991). *La Epidemiología (Crítica) Latinoamericana. Análisis general del estado del arte, debates y desafíos actuales en la construcción del método*. En Franco, S; Nunes, E.; Breilh, J; y Laurell, AC. (Eds) *Debates en Medicina Social*. OPS-ALAMES.
- BREILH, J. (1995). *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*. CEAS, Segunda Edición.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós (1989).
- BUCK, C. (1986). *Después de Lalonde: la creación de la salud*. Canadian Journal of Public Health 1985; 76 (suppl. 1, May/June). Reproducido en OPS, 1998.
- BUNGE, M. (1999). *Las Ciencias Sociales en Discusión. Una perspectiva filosófica*. Ed. Sudamericana.
- CALENTANO, D. (1991). *Perspectivas Epidemiológicas de la Modificación del Estilo de Vida y la Promoción de la Salud en la Investigación del Cáncer*. En: OPS, 1998:258.
- CANADA HEALTH (2000). *Hacia un futuro sano. Segundo informe sobre la salud de la población canadiense*. Washington.
- CANADA HEALTH, OPS/OMS (2000). *Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. «La perspectiva canadiense»*. Washington, D.C.
- CARE-USAID-PRONAMACHCS (1997). *Estudio de línea de base*. Lima, 1997.
- Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, del 1-4 de junio de 1993, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, «*Promoción de la Salud: una antología*»
- CASAS, J. (2003). *Acceso a la información pública en el Perú*. Probidad Nº 23 - junio 2003.
- CASTILLO-SALGADO, C., LOYOLA, E. Y ROCA, A. Programa Especial de Análisis de Salud (SHA) de la OPS. *Boletín Epidemiológico*, Vol. 22 Nº 2, junio 2001
- CASTRO, R., ZAVALETA, A. (2003). *Uso de drogas en escolares de Quinto y Sexto Grado de Educación Primaria*. Monografías de Investigación 22. Lima: Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (en preparación).
- CASTRO, R., ZAVALETA, A. (2002). *Los jóvenes del Perú: Opiniones, actitudes y valores. Encuesta de hogares-2000*. Monografías de Investigación 19. Lima: Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), 252 pp .
- CASTRO, R., ZAVALETA, A. Y COL. (2002). *Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana. Encuesta de hogares- 2001*. Monografías de Investigación 20. Lima: Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO)
- CEDRO (2003). *El problema de las drogas en el Perú 2003*. Lima.
- CEDRO (2001). *Estudio Epidemiológico sobre Uso de Drogas en el Perú*. Lima.
- DAMASIO, A. (1997). *El Error de Descartes. La razón de las emociones*. Ed. Andrés Bello. Segunda edición.

- DAMMERT, A. (2001). *Acceso a los servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú*. Ed. CIES - GRADE, Lima.
- ARCY, D', C. (1986). *Unemployment and Health. Data and Implications*. Canadian Journal of Public Health, vol. 77 Supp. I.
- DE HABICH, M. 1999. *El financiamiento del Cuidado de la Salud*. Lima, noviembre.
- Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, del 9-12 de noviembre de 1992, en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, «*Promoción de la Salud: una antología*».
- Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, Ciudad de México, junio de 2000.
- ELO, I. (1992) *Utilization of Maternal Health-Care Services in Perú: the Role of Women's Education*. — En: *Health Transition Review*, Vol. 2, Nº 1. Citado en Dammert, A. (2001)
- EPP, J. (1996). *Lograr la salud para todos: Un marco para la promoción de la salud*. En: OPS. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica Nº 557. 1996. Primera reimposición 1999. Corresponde a la ponencia presentada por Epp en la Conferencia sobre Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en Noviembre de 1986.
- GARDNER, H. (2000). *La Educación de la mente y el conocimiento de las disciplinas. Lo que todos los estudiantes deberían comprender*. Ed. Paidós.
- GOLTE, J. (1992). «Los problemas con las comunidades». Debate Agrario, 14. (Lima: CEPES).
- GOLTE, J. (2001). *Cultura, racionalidad y migración andina*. Lima: IEP.
- GROEN, J.J., Et AL. (1968). Epidemiological Investigation of Hypertension and Ischemic Heart Diseases with a Defined Segment of the Adult Male Population. *Israel Journal of Medical Science*, 4(2), 177-194. (Citado en Canada Health – OPS/OMS, 2000:17)
- GÜEZMES, A., PALOMINO, N. Y RAMOS, M. (2002). *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Flora Tristan, OMS y U. P. Cayetano Heredia, Lima.
- JACOBY, E., BULL, F. Y NEIMAN, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 14(4), 2003
- JACOBY, J., GOLDSTEIN, J., LOPEZ, A., ET AL. (2003). Social class, family, and life-style factors associated with overweight and obesity among adults in Peruvian cities. *Preventive Medicine* 37(2003): 396-405
- KAIN, J., VIO, F., Y ALBALA, C. (2003). Obesity trends and determinant factors in *Latin America*. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19 (sup. 1):577-586, 2003
- KARHAUSEN, LR. (2001). Commentary: Coda – a Socratic dialogue: Plato. *Internacional Journal of Epidemiology* 2001;30:710-711.
- KICKBUSCH, I. (1996). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. Discurso inaugural de la 77ª Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública, Promoción de la Salud – Estrategias para la Acción, Vancouver, Columbia

- Británica, 16 a 19 de junio de 1986. Reproducido en *Promoción de la Salud: Una antología*. OPS, Publicación Científica n° 557.
- KLIKSBERG, B. (2000). «El rol del capital social y de la cultura en el proceso de desarrollo», en *Capital social y cultura: claves estratégicas para el desarrollo*. Bernardo Kliksberg y Luciano Tomassini (comp.), pp.. *Capital social y cultura: claves estratégicas para el desarrollo*, Fondo de Cultura Económica- BID- Universidad de Maryland- Fund. Felipe Herrera, 2000: 35-39
- LALONDE, M.A. (1994). A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Government of Canada. *Boletín Epidemiológico* 1983:4(3):13-15. Reproducido en OPS, 1998, p. 3-5.
- LAPOINTE, J.J. (1992). *La conduite d' une étude de besoins en éducation et en formation. Une approche systémique*. Presses de le Université du Québec. 1<sup>ra</sup>. ed.
- LAZCANO-PONCE, E. Y HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. (2002) La epidemia de tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Pública de México / vol.44, suplemento 1 de 2002*
- LAFRAMBOISE, HL. (1973). Health Policy: Breaking the Problem Down in More Managable Segment. *Canadian Medical Association Journal*, 3 de febrero de 1973, 388-399.
- LIP, CA. (2002) Propuesta de Lineamientos de Políticas Hospitalarias. Consultoría DGSP-MINSA/OPS-Perú.
- MACKAY, J. Y ERIKSEN, M. (2002). *The Tobacco Atlas*. WHO, Ginebra.
- MARMOT, MG. (1986). Social Inequalities in Mortality: the Social Enviroment. pp. 21-33 in *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, edited by R.G. Wilkinson, London: Tavistock.
- MARMOT, MG. Y THEORELL, T. (1988). Social Class and Cardiovascular Disease: The Contribution of Work. *International Journal of Health Services* 18:659-74. Citado en Evans.
- MATUS, C. (1987). *Política, Planificación y Gobierno*. OPS. Washington.
- MILL, Js., (1950). *Philosophy of scientific method*. New York: Hafner. Citado en Parascandola y Wedd (2001:907)
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Foro de Promoción de la Salud de las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). 06 junio de 2003.
- MINISTERIO DE SALUD - FUNDACIÓN FRIEDRICH EBERT. 1986. *Participación Popular en Programas de Salud*, Lima.
- MINISTERIO DE SALUD. (2002). Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006.
- MONGE, C. (1994). «Transformaciones en la sociedad rural», en *Perú: El problema agrario en debate*. SEPIA V Lima: SEPIA.



- MOOKADAM, F. (2004) Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction. Systematic Overview. *Arch Intern Med.* 2004;164:1514-1518.
- MORIN, E. (1997). *El Método I. La naturaleza de la naturaleza*. Ed. Cátedra.
- MUSTARD, FJ; Y FRANK, J. (1991) *The Determinants of Health*. Canadian Institute for Advanced Research. Publication # 5, Toronto, 1991 (Citado en Canada Health-OPS/OMS, 2000:18)
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1989). Convenio sobre pueblos indígenas y tribales (169). Ginebra, 27 de junio de 1989
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2005). Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health. March 2005. Ginebra. [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2002). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1, Julio 2002, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / BANCO MUNDIAL. (2004). *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica N° 557. Washington.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1998). *La salud en las Américas*. Vol. I. Publicación Científica No. 569. Washington.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000). Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País. Documento de trabajo. Washington.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001) *Boletín epidemiológico*. Vol. 22, N° 4, diciembre.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / MINISTERIO DE SALUD. (2003). *Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud*. Perú 1985 – 2002. Lima.
- OSTERGREN, H.B. (1986) Social Networks, Social Support and Related Concepts – Towards A Model for Epidemiological Use. In *Social Support in Health and Disease*. Isacson, S.O., ed., Almqvist & Wiksel Int., Stockholm. Citado en Canada Health –OPS/OMS, 2000:17
- PEÑA, M. Y BACALLAO, J. (Eds) (2000). *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. Publicación Científica n° 576. OPS/OMS, Washington, D.C.
- PINCUS, T., ESTHER, R., DEWALT, DA, Y CALLAHAN, LF. (1998). Social Conditions and Self-Management Are More Powerful Determinants of Health Than Access to Care. *Annals Internal Medicine*, 129(5):406-411



- POOLE, CH. (2001). Commentary: Positized epidemiology and the modelo of sufficient and component causes. *Internacional Journal of Epidemiology* 2001; 30:707-709.
- PNUD. (2002). *Informe sobre el Desarrollo Humano Perú 2002*. Lima.
- PRIGOGINE, Y. (1994). *La estructura de lo complejo*. Alianza Editorial.
- PUTMAN, R. (1993). *The Prosperous Community: Social Capital and Public Life*. The American Prospect Nº 13
- REES, WP; Y LUTKINS, SG. (1967). Mortality and Bereavement. *British Medical Journal*, 4:1-16
- RESTREPO, H. (2001). «Conceptos y definiciones»; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional LTDA..
- RITZER, G. (1993). *Teoría sociológica contemporánea*. Ed. McGrawHill.
- RODRÍGUEZ, M. (1993). *Desplazados: El caso Asháninka*. CAAAP.
- ROSE, G. (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Boletín epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*. Vol. 6, Nº 3, 1985.
- ROTHMAN, K.J. (1986). *Epidemiología Moderna*. Ed. Díaz de Santos, S.A.
- RUTLEDGE, T., MATTHEWS, K., LUI, LI-YUNG, ET AL. Social Networks and Marital Status Predict Mortality in Older Women: Prospective Evidence From the Study of Osteoporotic Fractures (SOF) *Psychosomatic Medicine* 65:688-694
- SASTRY, N. (1994). «Community Characteristics, Individual Attributes, and Child Survival in Brazil». —(DHS Working Papers, Nº 14). Citado en: Dammert, A. (2001)
- SECLÉN-PALACÍN JA, JACOBY ER. 2003. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14(4): 255-264.
- SILVA SANTISTEVAN, F. (1998). *Antropología. Conceptos y nociones generales*. Ed. FCE/Universidad de Lima. 4<sup>ta</sup> Edición actualizada. Lima.
- SEN, A. (1992). *Missing women*. British Medical Journal.
- SEN, A. (1999). *Salud en el Desarrollo*. Discurso Inaugural de la 52<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 18 Mayo de 1999, Ginebra.
- SEN, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Ed. Planeta. 1ra. Edición, quinta reimpresión, febrero 2003.
- SUSSER M, SUSSER E. (1996). *Choosing a Future for Epidemiology. II. From black box to Chinese boxes and Eco-epidemiology*. *Am J Public Health* 1996; 86(6), 674-7
- TAM, C.C.; LOPMAN, B.A. (2003). *Determinism versus stochasticism: in support of long coffee breaks*. *J Epidemiolo Communiti Health* 2003;57:477-478
- TERRIS, M. (1992). Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública. *Journal of Public Health Policy* 1992;13(3, autumn): 267-276. Reproducido en OPS, 1998

- TERRIS, M. (1999). Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: OPS/OMS. *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Publicación científica N° 540. Washington.
- TESTA, M. (1986). Planificación en Salud. Las determinaciones sociales. En: *Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*. OPS-ciesu.
- TUESTA, J. (2003). El capital social y la pobreza en el Perú rural: una aproximación a partir de la Encuesta Nacional de Hogares IV trimestre. X SEPIA, Pucallpa, 19-22 de agosto de 2003.
- WESCOTT, G. ET AL. (1985) *Health Policy Implications of Unemployment*. World Health Organization, Copenhagen.
- WILKINSON, R. G. (1992). «Income Distribution and Life Expectancy». *British Medical Journal* 304:165-68
- WILKINSON, R. Y MARMOT, M. (Ed.) (1998) *The Solid Facts. Social determinants of health*. OMS.
- WOOLCOCK, M.; NARAYAN, D. (2002). *Capital Social: implicaciones para la teoría, la investigación y las políticas sobre desarrollo*. En WP World Bank, enero 2002. Citado en Tuestas (2003).
- URRUTIA, J. (1992). «Comunidades campesinas y antropología: Historia de un amor (casi) eterno». *Debate Agrario*, 14. Lima: CEPES
- UNICEF. (2001). *La Exclusión Social en el Perú. Derechos Humanos de la Niñez y la Mujer en los Andes, la Amazonía y Zonas Urbano-Marginales*. Lima.
- ZAVALETA, N. (1995) *Evaluación de comedores populares de Chorrillos, Lima*. En: Perú, Instituto de Investigación Nutricional. *Informe final a «Interamerican Foundation»*. Lima: IIN. (citado en Peña y Bacallao, 2003).

**Determinantes sociales de la salud en Perú**

Se terminó de imprimir en diciembre de 2005

en los Talleres Gráficos de

SINCO EDITORES S.A.C.

Jr. Huaraz 449 - Breña - Telf: 433-5974

[sincoeditores@yahoo.com](mailto:sincoeditores@yahoo.com)