

Los determinantes sociales de las inequidades en salud y nutrición

Luz Stella Álvarez Castaño

Ph.D Public Health

Profesora Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia
lalvarez@pijaos.udea.edu.co

En las últimas dos décadas creció el interés por el estudio de los determinantes sociales de la salud, expresado en un número significativo de investigaciones alrededor del tema. A pesar de su posicionamiento, es evidente que se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos. En este artículo se intenta ubicar el contexto histórico del estudio de los determinantes, plantear las principales perspectivas teóricas desde la que se aborda y las particularidades del estudio de los determinantes del estado nutricional.

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud y nutrición se estableció desde las últimas décadas del siglo XIX cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este periodo surgió la salud pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de altas tasas de mortalidad entre la clase obrera (1).

A pesar de la clara asociación entre la calidad de vida y las enfermedades, en el siglo XIX se implantó

en Europa y en Estados Unidos *el modelo higienista*, que fue importado a Latinoamérica por la fundación Rockefeller. Este modelo promovió una visión unicausal, con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas, que influyó en la formación de los profesionales de salud y en las políticas sanitarias latinoamericanas prácticamente durante todo el siglo XX (2).

El modelo higienista tuvo como punta de lanza su efectividad en el control de enfermedades infecciosas de alta prevalencia en el siglo XIX y comienzos del XX como fue el caso de la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela. Su éxito se fundamentó en la investigación sobre vacunas y en la implementación de medidas higiénicas para controlar su propagación especialmente en las zonas geográficas dedicadas a la exportación de productos agro-industriales (2).

A pesar de su hegemonía, el higienismo y sobre todo, la explicación unicausal del origen de las enfermedades centrada en aspectos biológicos, agotó su capacidad para explicar el origen y su eficacia para prevenir las enfermedades. Una de las razones del agotamiento es el destacado lugar que en este momento ocupan en el perfil epidemiológico de los países desarrollados y los países en desarrollo las enfermedades crónicas de origen multi-causal.

El modelo unicausal se reforzó en las últimas décadas del siglo XX con la hegemonía del mercado en la prestación de los servicios de salud, derivada de la concepción neoliberal. En efecto, varios países en todos los continentes, aplicaron reformas a sus sistemas de salud que privilegiaron la eficiencia y la rentabilidad económica por encima de la solución de los problemas de salud de la población. A este modelo fundamentado en la tecnología, el mercado y las explicaciones unicasuales se le ha denominado de manera genérica el modelo biomédico.

La hegemonía neoliberal relegó a un segundo lugar las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de ALMA ATA en relación a la necesidad de aplicar estrategias de salud intersectoriales con fuerte componente de participación ciudadana, basadas en la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres. Por el contrario, se instauraron sistemas de salud basados en el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos que podían pagar las pólizas de seguro más costosas (3,4).

El neoliberalismo en la salud desdeñó también la evidencia científica que demostró la influencia crucial que el mejoramiento de la alimentación, la provisión de agua potable, el manejo adecuado de sistemas de eliminación de excretas y el uso de mejores materiales utilizados en la fabricación de las viviendas tuvieron sobre el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad materna en los países europeos. Influencia que supera el aporte realizado por el desarrollo y expansión de los servicios e instituciones de salud (5).

Es en ese contexto en que la OMS en su asamblea de 2004 lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud. Se trata de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación a las causas últimas o estructurales de los problemas de salud. Igualmente es un intento de recuperar las estrategias de Salud para Todos y de Atención Primaria en Salud. El estudio de los determinantes es un campo de conocimiento que se encarga de estructurar perspectivas teóricas que, basadas en la evidencia empírica cuantitativa y

cualitativa, expliquen cuáles son los mecanismos y su forma de actuación que convierten las desventajas y deprivaciones sociales en un precario estado de salud y nutrición para diferentes estratos sociales (6).

LA DEFINICIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LAS INEQUIDADES EN SALUD

La directriz de la OMS catapultó un sinnúmero de investigaciones y artículos académicos alrededor del mundo sobre los determinantes sociales de la salud, que en ocasiones contribuyen a generar mayor confusión porque utilizan el concepto sin especificar sus alcances e implicaciones. Como lo observa Graham (7), el concepto ha adquirido un significado dual refiriéndose por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. El concepto es tratado indistintamente como los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en salud.

Para intentar resolver esa ambigüedad, Solar & Irwin (8) establecen que de lo que se trata es del estudio de los **determinantes sociales de las inequidades en salud**. Se busca establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud (8). Por lo tanto es un concepto diferente a la tradicional perspectiva de factores de riesgo y está anclado en el análisis de las inequidades entre grupos sociales.

Los resultados de los estudios en que se analizan los factores condicionantes de la situación de de salud y nutrición difieren cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual de cuando se hace desde una perspectiva social. Lo que hace diferente el estado de salud de un individuo a otro no es necesariamente lo que explica las diferencias entre los grupos sociales y entre sociedades enteras. En la práctica, en algunas ocasiones, lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o un grupo social no se confirma como un factor de riesgo en estudios de nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos

casos. En ocasiones lo que realmente adiciona o sustrae salud a los grupos sociales, cuenta muy poco en la variación de un individuo a otro y escapa a su detección (9). Igualmente, factores asociados a las mayores diferencias de salud entre dos sociedades pueden no variar al interior de cada una de ellas. "Aquellos elementos que afectan a cada miembro de una sociedad uniformemente son llamados constantes y son invisibles en estudios estadísticos de individuos en esa población porque la estadística usa instrumentos de análisis de diferencias o patrones de variación entre un gran número de casos" (9).

Por centrar su interés en las diferencias en condiciones de salud entre los estratos sociales, el campo de conocimiento de los determinantes sociales y económicos tiene como fundamento el análisis de las inequidades en salud, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas (10). Su centro de atención es la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud y nutrición.

Analizar las inequidades en el estado nutricional desde la perspectiva de sus **determinantes sociales y económicos**, significa ir más allá de la asociación entre conductas individuales, como el ejercicio, el consumo de dietas ricas en frutas y verduras y bajas en carbohidratos y en grasas saturadas, para establecer factores más generales, asociados a la estructura social que propician o impiden que sectores de la población configuren hábitos de vida poco saludables o tengan mayor exposición a otros factores de riesgo y por lo tanto mayores prevalencias de problemas en su estado nutricional. Se trata entonces de explorar las asociaciones entre ingresos, desempleo, falta de soporte social, nivel educativo, auto-percepción de estado general de salud, satisfacción con el tipo de vida que se lleva, y otros factores de carácter social y psico-social que han sido relacionados con problemas en el estado nutricional. (11).

LOS ESTUDIOS SOBRE DETERMINANTES DE LAS INEQUIDADES EN EL ESTADO NUTRICIONAL

La asociación entre problemas nutricionales y estatus socioeconómico ha sido estudiada desde hace varias décadas tanto en los países desarrollados como en los pobres. Por mucho tiempo el centro de atención fue la relación entre la pobreza y los problemas carenciales como la anemia, la avitaminosis y la desnutrición. En los últimos diez años el estudio de esta asociación cobró mayor importancia porque se evidenció que los países industrializados se acercaban a una epidemia de obesidad que afectaba en mayor medida a la población de altos ingresos. La obesidad fue considerada, en ese entonces, como un problema derivado del modelo de desarrollo y del exceso de consumo en los sectores de mayores recursos. Hoy se conoce que la obesidad es una epidemia global, que afecta a casi todos los países del mundo, asociada con el estatus socioeconómico y que está haciendo tránsito a ser una enfermedad de mayor prevalencia entre los pobres.

Pese a este conocimiento global, los investigadores coinciden en que no hay datos concluyentes sobre el comportamiento del estado nutricional que permitan generalizar su relación con el estrato social de las personas, excepto para el caso de la desnutrición infantil. El comportamiento de la obesidad en los niños y adultos y de la delgadez en los adultos es un campo de estudio que se empieza a explorar.

El primer estudio comprehensivo para establecer la relación entre estrato socioeconómico y prevalencia de problemas nutricionales fue el desarrollado por Sobal y Stunkard en 1989 (12). Consistió de un meta-análisis (n=144), basado en estudios publicados entre 1960 y mediados de los 80's. El estudio más reciente con el mismo objetivo y la misma metodología fue el realizado por McLaren en 2007 (13), en el que la autora realiza un meta-análisis (n=333) derivado de estudios publicados, provenientes de países con diferentes niveles de desarrollo.

Los dos estudios mencionados coinciden en que, en general, en los países desarrollados existe una asociación negativa entre estatus socioeconómico

y obesidad. Contrario a lo que ocurre en los países pobres, en los primeros la obesidad afecta en mayor medida a las personas de menor estrato socioeconómico, mientras que en los países pobres afecta especialmente a las personas de mayores ingresos. A pesar de esta coincidencia, el estudio realizado en el 2007 muestra una clara transición en estos últimos, encontrándose mayor proporción de asociación negativa, que la encontrada en 1989 (13).

Los hallazgos del estudio realizado en 2007 muestran que las asociaciones difieren sustancialmente por sexo ($p < 0.05$); también dependen de cuál indicador de estatus socioeconómico se utiliza. En las mujeres que viven en países desarrollados existe una correlación negativa entre obesidad y estatus ($p < 0.05$): a mayor estrato socioeconómico, menor prevalencia de obesidad, es decir, las mujeres con menor nivel educativo o ingresos tienden a tener mayores probabilidades de ser obesas. Esta correlación, sin embargo, no es tan fuerte como se estableció en el análisis realizado en 1989. Lo cual significa que aunque las mujeres de altos ingresos en países desarrollados pueden ser más proclives a adherirse al modelo de delgadez y pueden tener mayor capacidad de compra de dieta saludable y mejores condiciones para ejercitarse físicamente, la obesidad golpea -aunque no por igual- a las mujeres de todos los estratos (13).

En relación a países de desarrollo medio y en países pobres, tanto el análisis comparativo realizado en 1989 como el llevado a cabo en 2007 establecen que persiste una asociación positiva entre estatus y obesidad ($p < 0.05$): entre mayores recursos económicos, mayor prevalencia de obesidad. Sin embargo, otra observación interesante en el estudio realizado en el 2007 es que al interior de los países con ingreso medio para ciertos indicadores de estatus socioeconómico (educación, ocupación, vecindario) se presenta un mayor aumento de asociación negativa que la encontrada en 1989. Este hallazgo sugirió que el patrón social de sobrepeso y obesidad se encuentra en estado de transición.

Estos estudios han establecido que más allá de la conducta individual, los factores que más influyen en el dramático aumento del problema de la obesidad y el sobrepeso en los países de niveles medios de desarrollo

como Colombia son un rápido proceso de crecimiento económico acompañado de desigualdad en el ingreso y la globalización de mercados de alimentos. Sus resultados también muestran que en los países de ingreso alto la carga de la obesidad reposa especialmente en las personas más pobres, quienes tienen dificultad para acceder a alimentos sanos que son más costosos y en cambio logran acceder a alimentos producidos por las grandes multinacionales que son fuente de carbohidratos y grasas saturadas y se caracterizan por ser mucho más baratos y disponibles (13).

Por su parte los estudios sobre delgadez y su asociación con estatus socioeconómico son de más reciente aparición y no se encuentra literatura disponible que incluya un número importante de estudios que comparen las asociaciones entre países con niveles desiguales de desarrollo. Las investigaciones sobre el tema han encontrado correlación significativa ($p < 0.05$) para el caso de las mujeres, entre delgadez y desempleo, bajo nivel de soporte social y necesidad de trabajo de horas extras (14-16).

Retomando lo anterior, encontramos entonces que las tendencias en materia de la relación estado nutricional y estatus socio-económico no son muy claras y menos aún se ha profundizado en los mecanismos que influyen para que las desigualdades sociales se conviertan en problemas en el estado nutricional.

RETOS METODOLÓGICOS PARA EL ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES DE LAS INEQUIDADES EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN COLOMBIA

Las perspectivas teóricas mencionadas constituyen un aporte fundamental a la hora de interpretar la información de que se dispone en los diferentes países en materia de inequidades en salud. Sin embargo, el carácter contingente de cada una de ellas es una muestra de la necesidad de mayores y mejores investigaciones en diferentes contextos.

Además de las dificultades teóricas que son comunes al estudio de los determinantes en general y al estudio de los determinantes de las inequidades de la situación nutricional, el estudio de este tópico en Colombia reviste retos de tipo metodológico, que aquí serán simplemente esbozados.

Los indicadores de estatus socioeconómico: la mayoría de estudios sobre determinantes utilizan como indicador de estatus socio-económico el ingreso, el nivel educativo o la ocupación. Generalmente se reconoce que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y que ésta a su vez está condicionada por el nivel educativo. Esta ecuación, válida todavía para la mayoría de países occidentales no se cumple cabalmente en Colombia y tiende a cumplirse menos. En nuestro país es cada vez más frecuente la existencia de personas que, teniendo un alto nivel educativo no tienen una ocupación relacionada con sus antecedentes académicos y por lo tanto su ingreso no se corresponde. Es también creciente el número de personas que tienen un empleo acorde a su nivel educativo pero que no guarda proporción con sus ingresos.

El tiempo de exposición a la variable estatus socio-económico: la hipótesis del origen fetal de las enfermedades cardio-vasculares sostiene que una privación de nutrientes en el periodo intrauterino programa para el sufrimiento de enfermedades cardiacas en la edad adulta (17-19). Según la hipótesis, los problemas originados en el periodo temprano de desarrollo permanecen en estado de latencia, hasta que se manifiestan en la adultez. Pese a las contribuciones de esta teoría no es claro el tiempo de exposición requerido para que un estatus socio-económico adverso afecte el estado nutricional en otros periodos de la vida. Es decir, al analizar el estado nutricional actual de un grupo de población no hay consenso sobre cuál es el periodo de tiempo que hay que considerar para evaluar su estatus socioeconómico.

En este sentido el caso de la población colombiana es aún más complejo. Dada la situación económica nacional, las familias presentan una alta movilidad

social, en la mayor parte de los casos en forma descendente. Personas anteriormente empleadas en la economía formal caen en el desempleo perdiendo la capacidad adquisitiva de bienes y servicios y la seguridad social. En ocasiones las familias de manera transitoria mejoran su situación gracias a condiciones específicas de algunos de sus miembros, pero pueden rápidamente volver a la incertidumbre de los ingresos, en un movimiento pendular que no permite una definición precisa de su estatus socio-económico.

La estructura del sistema de salud: aunque la mayoría de estudios realizados en los países desarrollados coinciden en que el acceso inequitativo a los servicios de salud no tiene un papel central en la configuración de las inequidades en salud, este factor de la calidad de vida de los colombianos no ha sido suficientemente analizado. La actual estructura del sistema de salud hace que las personas de ingresos medios y bajos, aunque estén adscritas a una EPS, en general no tengan acceso a servicios preventivos que les brinde asesoría con relación a sus hábitos de vida. Tampoco tienen acceso a la realización de exámenes que monitoreen indicadores bioquímicos de su estado nutricional, haciendo que los problemas se presenten cuando en ocasiones ya es demasiado tarde. Así que, contrario a la literatura disponible, en el caso colombiano éste será un tema que necesariamente deberá ser explorado.

Como conclusión, podemos afirmar que los determinantes de las inequidades en salud y en particular en el estado nutricional en Colombia es un campo de conocimiento todavía en construcción. Será nuestro compromiso utilizar sus herramientas teóricas y metodológicas para indagar cómo la inequitativa estructura de nuestra sociedad nos enferma y nos mata de manera desigual.

REFERENCIAS

1. Turner, B. History of the changing concepts of health and illness outline of a general model of illness categories. En: Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S, Handbook of social studies in health and medicine. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2000. p. 9-24.
2. Hernández, M. La salud fragmentada en Colombia: 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
3. Álvarez LS. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Rev Panam Salud Publica. 2005;18:129-35.
4. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saúde Pública. 2002;18:905-25.
5. Mckeown T, Record RG, Turner RD. An interpretation of decline in mortality in England and Wales during the twentieth century. Population Stud. 1975;29:391-422.
6. Kelly M, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V. The social determinants of health developing and evidence base for political action. Final Report. Geneva: World Health Organization; 2007.
7. Graham H. Social determinants and its unequal distribution: qualifying policy understandings. Milbank. 2004;82:101-24.
8. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants on health. Discussion paper for the commission on social determinants of health: Geneva: World Health Organization; 2007.
9. Wilkinson R. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London: Routledge; 1996.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promot Internat. 1991;6:217-28.
11. Drewnowski A, Rehm CD, Solet D. Disparities in obesity rates: analysis by ZIP code area. Social Sci Med. 2007;65: 2458-63.
12. Sobal, J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. Psychol Bull. 1989;105:260-75.
13. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. Epidemiol Rev. 2007;29:29-48.
14. Ali MA, Lindström M. Socioeconomic, psychosocial, behavioral, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. Eur J Public Health. 2006;16:324-32
15. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA. 2007;298:2028-037.
16. Sairenchi T, Iso H, Irie F, Fukasawa N. Underweight as a predictor of diabetes in older adults: a large cohort study. Diabetes Care. 2008;31:583-85.
17. Barker DJP. Fetal origins of coronary heart diseases. Br Med J. 1995;311:171-86.
18. Robinson J. The fetal origins of adult disease. Br Med J. 2001;322: 75-8.
19. Barker DJP, Eriksson JE, Forsén T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. Internat J Epidemiol. 2002;31:1235-39.