



BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales

ISSN: 1575-0825

info@revistabarataria.es

Asociación Castellano Manchega de Sociología
España

Bleda García, José María

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales, núm. 7, 2005, pp. 149-160

Asociación Castellano Manchega de Sociología
Toledo, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322127617008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

José María Bleda García*

RESUMEN

La salud y la enfermedad son constantes preocupaciones humanas, y los sociólogos no son inmunes a esta fascinación con el estado de nuestros cuerpos. En este ensayo, en primer lugar, se presentan las principales aportaciones teóricas desde la Sociología; en segundo lugar, se explica la relación existente entre la salud y algunas variables como la clase social, el género, la raza, la edad y la geografía; y, por último, se describe la situación de desigualdad social en el ámbito de la salud a nivel mundial.

PALABRAS CLAVE

Salud. Enfermedad. Teorías sociológicas sobre la salud. Determinantes sociales en salud.

ABSTRACT

The health and the illness are constant human worries, and the sociologists are not immune to this fascination with the state of our bodies. First this essay presents the main contributions theoretical of the Sociology; secondly, too this work explains the existing relation between the health and the variables as the social class, genre, ethnic groups, the age and the geography; and, finally, it is described the situation of the social inequalities of the health in the world.

KEY WORDS

Health. Illness. Sociological theories on the health. Social determinants in health.

* Profesor de Sociología en la Universidad Rey Juan Carlos, Investigador del Sescam, miembro de la ACMS. El presente artículo resultó ganador de la IV Convocatoria de los Premios de Ensayo Breve “Fermín Caballero” que anualmente otorga la Asociación Castellano-Manchega de Sociología.

1. APORTACIONES TEÓRICAS DESDE LA SOCIOLOGÍA

El nivel de salud y/o de enfermedad de una población depende en gran medida del desarrollo económico, de los avances médicos y de la prestación de atención sanitaria. Nunca como hasta ahora ha existido un mundo tan rico, con tantos conocimientos científico-sanitarios, ni se ha contado con tantos recursos sanitarios; sin embargo, las desigualdades de los individuos en materia de salud y atención sanitaria van aumentando paulatinamente, y ello no se produce necesariamente al azar, sino debido principalmente a importantes determinantes sociales que llevan una mala salud: el tipo de trabajo desempeñado, el entorno ambiental en que se vive, la exclusión social, la situación económica, etc.

La Sociología no ha estado ajena a esta problemática social y ya desde sus orígenes se ha preocupado por los determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. E. Durkheim analizó las tasas de suicidio en Europa en 1897 y abordó algunos problemas de salud mental, y F. Engels relacionó el deficiente estado de la salud de la clase obrera inglesa con el capitalismo en su ensayo publicado en 1845, señalando como causas de la enfermedad la distribución de la riqueza y el acceso a los bienes y servicios básicos.

La Sociología ha abordado el papel de la medicina en la sociedad y las desigualdades sociales en salud desde diferentes perspectivas teóricas, tales como: el análisis funcionalista, el interaccionismo simbólico, el análisis del conflicto, las teorías feministas y el análisis foucaultiano.

T. Parsons consideraba a la sanidad como un mecanismo social mediante el que se regula y controla a los enfermos con la finalidad de que vuelvan a efectuar sus actividades normales, ya que estimaba a la enfermedad como una disfunción puesto que obstaculiza el funcionamiento correcto de la sociedad y va en quebranto de la consecución de los objetivos sociales. En su ensayo *El Sistema Social* (1951) expresó una representación ideal de cómo debería actuar la población cuando se encontraba enferma, para lo que describió un agregado de expectativas según un patrón que definía las normas y valores relativos al estar enfermo, tanto para el paciente como para las personas que están en su entorno. Desarrolló el rol del enfermo enlazando sus ideas con las de dos grandes teóricos de la sociología clásica: E. Durkheim (1858-1917) en Francia y M. Weber (1864-1917) en Alemania.

El funcionalismo parsoniano analiza, fundamentalmente, el papel que juega el enfermo en la sociedad, incidiendo especialmente en cómo una persona al estar enferma tiene una posición específica dentro las sociedades humanas, de modo que la estabilidad del sistema y la cohesión social son mantenidas. También resalta el papel del médico como una función de control social, una manera de controlar las desviaciones de la conducta.

Por su parte, los interaccionistas simbólicos opinan que la identidad es creada por la interacción con los otros, y que para aprender a llegar a ser un ser

social es necesario aprender a alcanzar el control sobre este proceso, controlando a su vez las impresiones que tienen los otros de uno mismo. Esta capacidad creadora resulta evidente cuando se analiza el papel del paciente en sus encuentros con los profesionales sanitarios. El interaccionismo simbólico centra su interés en cómo la enfermedad y la experiencia subjetiva del enfermo son construidas a través de la relación médico-paciente, alegando que la enfermedad es más un logro social entre actores que un mal funcionamiento fisiológico.

Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad se contemplan como construcciones humanas que la población percibe de un modo subjetivo, lo que lleva a analizar las visiones cotidianas de las personas sobre la enfermedad, las connotaciones ideológicas que los profesionales sanitarios adscriben a las enfermedades o la construcción y aplicación del conocimiento médico. Por ejemplo, E. Goffman que analiza las relaciones sociales como si éstas fueran dramas que se desarrollan sobre un escenario, parte de la idea de que los médicos adecuan su lugar de trabajo con la finalidad de transmitir una impresión de profesionalidad y poder, y considera que esta realidad en la consulta puede ser tan importante como el dominio del conocimiento médico.

En definitiva, el interaccionismo simbólico nos aproxima a las relaciones de poder en la construcción y la dirección de la salud y de la enfermedad, llamando la atención sobre la desigual distribución de los recursos sanitarios a disposición de los pacientes y de los profesionales sanitarios.

Desde la perspectiva del análisis de conflicto se plantean cómo las desigualdades sociales pueden tener una relación muy directa con las desigualdades en materia de salud y cómo la definición y el tratamiento de la salud y de la enfermedad están influidos por el sistema económico capitalista. Los principales representantes de este enfoque (I. Illich, R.J. Carlson, V. Navarro) consideran que el proceso de medicalización es destructivo y proponen afrontar el problema de la salud desde la perspectiva de una política social más general y comprometida con la sociedad civil, uniendo al mismo tiempo demandas sociales y propuestas éticas. Algunos de estos teóricos enfatizan la recuperación de la capacidad autocurativa de los individuos y creen que es necesario desmantelar las grandes estructuras burocrático-asistenciales.

Los teóricos del conflicto ofrecen un enfoque alternativo del análisis de las relaciones entre la salud, la sanidad y la sociedad. Desde su punto de vista es la propia desigualdad social la que está detrás de las desigualdades de salud, incluso añaden que el principio del beneficio económico no es compatible con el interés de los enfermos.

Las teorías feministas, por su parte, basan su examen de la desigualdad de género en la construcción y el mantenimiento de la subordinación de las mujeres, y por ello les interesa el análisis de la medicina, la salud y la enfermedad, puesto que consideran al cuerpo como el ámbito donde se produce la mayor parte de interacción

social. También se han centrado en el estudio de la sexualidad, la reproducción biológica y su relación con la sociedad, pues estiman que aquí la medicina ha ejercido un papel fundamental, de tipo patriarcal, en el control social de la mujer.

La contribución de las teorías feministas al análisis de la salud y la enfermedad se produce en tres áreas: el estudio sociológico de los determinantes de la salud y de la enfermedad en la población, es decir, el proceso salud-enfermedad; el estudio sociológico de la respuesta social organizada frente a la enfermedad; y, el estudio sociológico de la manera en que la enfermedad es percibida y conceptualizada.

Finalmente, M. Foucault aborda el papel de la medicina en la sociedad como una exigencia social para la regulación y vigilancia de los cuerpos, y sostiene que la medicina es un poderoso medio de disciplina y control social. Para él la mortificación religiosa y la negación del cuerpo han sido sustituidas por las dietas alimenticias y el ejercicio físico como las formas modernas de autorregulación y regulación pública de nuestros cuerpos.

Su principal aportación es la relación de los análisis de la medicina y el cuerpo con determinados cambios históricos, pues considera que la demanda para la regulación de los cuerpos aumentó cuando la sociedad se urbanizó y se masificó, y por lo tanto la medicina no puede asociarse únicamente con la curación clínica, sino también a un proceso de control social.

2. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Al intentar explicar la relación entre la salud y los determinantes sociales se escogen generalmente las siguientes variables: clase social, género, raza y etnia y ubicación territorial o áreas geográficas.

Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto una clara relación entre el estado de salud y de enfermedad y la clase social a la que se pertenece. Una referencia clásica es el Informe Black, realizado en el Reino Unido en 1980, en el que se concluía que hay diferencias en el nivel de salud entre las clases sociales; que el individuo medio de los grupos socioeconómicos superiores está más sano, es más alto y fuerte, y vive más tiempo que las personas que pertenecen a grupos inferiores; y que las mayores diferencias se encontraban en la mortalidad infantil y en los individuos con menos recursos económicos. Investigaciones más recientes han destacado que los pacientes de las clases trabajadoras reciben un trato distinto en la atención sanitaria, que el hecho de estar desempleado o en situación de precariedad laboral daña la salud, y que la inseguridad en el empleo o la percepción de amenaza de despido actúan como factores perjudiciales para la salud.

Las diferencias entre clases sociales también pueden encontrarse en los estilos de vida individuales (alimentación, deporte), en el entorno ambiental (vivienda, contaminación, trabajo) y en los recursos económicos (distribución de la riqueza).

Por otra parte, se observan diferencias en la salud y la enfermedad entre mujeres y hombres. Estas variaciones han intentado explicarse aduciendo desde razones genéticas a circunstancias materiales o al desempeño de actividades sociolaborales. Si bien es cierto que las diferencias genéticas pueden esclarecer disimilitudes sanitarias, lo más probable es que estas diferencias entre mujeres y hombres tengan su origen en factores sociales y en su situación económica; de hecho, en términos generales, las mujeres suelen estar más desfavorecidas económicamente y padecen más situaciones de pobreza. Por otro lado, los roles y tareas que suelen desempeñar las mujeres (trabajo doméstico, reproducción, gestación y maternidad, control de la natalidad, cuidados de los niños, responsabilidades profesionales) son distintos a los de los hombres, lo que supone que el análisis de la salud femenina ha de considerar la interacción entre influencias sociales, psicológicas y biológicas.

En el Informe de las Naciones Unidas sobre el Estado de la Población del año 2000 se indica, cómo la desigualdad de género y la discriminación perjudican directa e indirectamente la salud de las niñas y las mujeres a lo largo del ciclo vital, y el descuido de sus necesidades de salud impide que muchas mujeres participen plenamente en la sociedad. Con frecuencia, las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres limitan el control de las mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. El mismo informe cita que los inadecuados servicios de salud reproductiva para las mujeres redundan en altas tasas de embarazos no deseados, abortos realizados en malas condiciones y muerte o lesiones prevenibles a raíz del embarazo y el parto. La violencia contra las mujeres, incluidas las prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina (ablación), se cobran un alto precio en materia de salud, bienestar y participación social de las mujeres. La violencia en diversas formas también refuerza la desigualdad e impide que las mujeres alcancen sus metas en lo concerniente a la reproducción.

La raza y el origen étnico también se encuentran relacionadas con las desigualdades existentes. Las formas de enfermar o morir para los individuos de raza negra, indios americanos, hindúes, etc. son diferentes a las de personas de raza blanca. Esas diferencias sanitarias entre razas o etnias se han intentando revelar desde perspectivas genéticas, culturales, socioeconómicas y políticas. La explicación biológica aporta revelaciones sobre distintas pautas de algunas enfermedades (por ejemplo, la hipertensión arterial es más frecuente en individuos de raza negra por lo que, en fecha reciente, científicos norteamericanos han desarrollado el primer fármaco especial para pacientes de raza negra, logrando reducir en un 43% la tasa de mortalidad por accidentes cardiovasculares en esa población específica); los argumentos culturales se centran en los estilos de vida individual y grupal (la dieta alimenticia, la forma de cocinar los alimentos, la

consanguinidad); y los factores socioestructurales (falta de vivienda adecuada, trabajos insalubres, desempleo, bajo nivel de educación, falta de un sistema sanitario de calidad) también condicionan el nivel de salud y el tipo de enfermedades de ciertos grupos étnicos.

Hay claras evidencias de que la raza y la etnia se encuentran en la base de las desigualdades en salud, y no sólo en los países en desarrollo, sino también en países desarrollados. Así, por ejemplo en Estados Unidos el programa *Racial and Ethnic Approaches to Community Health 2010*, ha sido diseñado para reducir las desigualdades en seis áreas prioritarias: mortalidad infantil, déficit en el diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer cervical y de mama, enfermedades cardiovasculares, diabetes, infecciones por VIH/SIDA y vacunación de niños y adultos. Estas áreas fueron diseñadas porque afectan a diversas minorías raciales y étnicas a lo largo de todas las etapas de la vida.

La situación sanitaria se ve afectada igualmente por una combinación de factores, que varían según los países y la distribución de los grupos de población dentro de ellos, es decir la ubicación territorial o ubicación geográfica. El medio ambiente, el urbanismo, los equipamientos de ocio, los tipos de vivienda, las pautas laborales y de desempleo y los niveles generales de privación son diferentes en cada región. Estas diferencias se reflejan en la salud de la población dependiendo de donde habiten, si en las zonas urbanas o rurales, si en la periferia de las ciudades, si en los países desarrollados o en vías de desarrollo. Por ejemplo, en los barrios marginales de las grandes urbes se pueden detectar los peores indicadores de salud: altas tasas de tuberculosis, de infectados por sida o drogodependientes; o como en África, en estos momentos, donde la primera causa de muerte es el sida. Algunos sociólogos y epidemiólogos consideran que el área geográfica o el lugar donde se habita es un determinante muy importante, aun con independencia de la situación socioeconómica individual, pues quienes viven lugares con grandes privaciones materiales (peores recursos, servicios, comodidades y medio ambiente) presentan un peor estado de salud, y las áreas geográficas más pobres presentan peores indicadores de salud que las zonas con mayor nivel económico.

3. LAS DESIGUALDADES EN EL MUNDO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe del año 2003 sobre la Salud en el Mundo, alerta de que aunque la expectativa de vida está aumentando en la mayor parte del mundo, en varias regiones del sur de África, azotadas por la epidemia de sida, la mortalidad entre adultos es mayor que hace treinta años. El mismo informe señala que la tasa de mortalidad infantil es más elevada que en 1990 en 14 países africanos; más de 300 niños de cada 1000 que nacen vivos en Sierra Leona mueren antes de cumplir los cinco años. La OMS advierte sobre la importante brecha existente entre los servicios médicos disponibles

y la exposición a enfermedades entre las naciones más pobres y el resto de los países, pues mientras que en algunas partes del mundo hay una continua esperanza de vida más larga y más cómoda, en otras existe desesperación porque no se controlan las enfermedades con los medios existentes.

De los 57 millones de muertes prematuras ocurridas en 2002, 10,5 millones fueron de niños menores de cinco años y el 98 por ciento de ellos en países pobres. En Zimbabwe, la esperanza promedio de vida para ambos sexos es sólo de 37,9 años; en Zambia de 39,7 y en Angola de 39,9 años. Por el contrario, en Suiza, la expectativa de vida promedia es de 80,6 años, en Francia de 79,7 y en España de 79,4.

El informe señala que el sida es la principal causa de muerte entre las edades de 15 a 59 años, restando 20 años a la esperanza de vida en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe. Las muertes por sida y sus complicaciones añadidas, casi duplican las que se derivan de cardiopatías y tuberculosis.

Según la OMS las enfermedades relacionadas con el tabaco son responsables de unos cinco millones de muertes al año. En 2002, más de 1,2 millones de personas murieron de cáncer de pulmón, especialmente debido al hábito de fumar, lo que representa un aumento del 30 por ciento en relación con 1990. Tres de cada cuatro de estas muertes ocurrieron entre hombres. Entre los hombres la esperanza media de vida es de 77,9 años en Australia y 75,9 en Francia. En China es de 69,6 años, en Brasil de 65,7 y en Egipto de 65,3. Sin embargo, en Rusia, donde los servicios sanitarios y sociales se han colapsado desde el final del sistema soviético en 1991, un hombre puede esperar una vida de 58,4 años como promedio.

El Informe sobre el Estado de la Población Mundial del año 2000, realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, estima que un tercio de todos los embarazos – 80 millones por año - son o bien no deseados o inoportunos. Y considera que los factores sociales y culturales, inclusive las normas de género, condicionan las intenciones de las mujeres en materia de reproducción, es decir, el número de hijos que desean y el espaciamiento entre ellos. Si las mujeres pudieran tener sólo el número de hijos deseados la tasa de fecundidad total en muchos países disminuiría en casi un niño por mujer. Otros datos que aporta este último informe son que de las aproximadamente 500.000 defunciones derivadas de la maternidad, el 99% ocurren en países en desarrollo, donde las complicaciones del embarazo y el parto se cobran la vida de aproximadamente una de cada 48 mujeres. Incluso, en algunos lugares, hasta un 40% de las mujeres padecen graves enfermedades durante el puerperio. Cada año, 38 millones de mujeres no reciben ninguna atención prenatal. Sólo una mitad de todas las embarazadas reciben inyecciones antitetánicas; actualmente, el tétanos causa cada año más de 300.000 muertes de niños menores de 5 años.

Por otra parte, el principal medio para prevenir las defunciones de las madres es proporcionar acceso a la atención obstétrica de emergencia, incluyendo

el tratamiento de hemorragias, infecciones, hipertensión y obstrucción del parto. Muchas mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en zonas rurales, no tienen a su alcance medidas que pueden salvar sus vidas, como la remisión a centros médicos, la administración de medicación y la posibilidad de intervenciones quirúrgicas. Se estima, que cada año unos 50 millones de mujeres se someten a abortos, de los cuales 20 millones se realizan en malas condiciones; a raíz de ello, pierden la vida unas 78.000 mujeres y varios millones padecen lesiones y enfermedades. Al menos la cuarta parte de todos los abortos realizados en malas condiciones corresponden a niñas de entre 15 y 19 años de edad.

El VIH/SIDA sigue siendo un crítico problema de salud pública, particularmente en África, que está padeciendo los peores efectos de la epidemia. Actualmente, el VIH/SIDA es la principal causa de defunción de África y ocupa el cuarto lugar entre las causas más frecuentes de defunción en todo el mundo. A finales de 1999 un total de 34,3 millones de hombres, mujeres y niños vivían con el VIH o el SIDA y 18,8 millones ya había perdido la vida a causa de esa enfermedad. En 1999, se produjeron 5,4 millones de nuevos contagios en todo el mundo; de ellos, 4,0 millones ocurrieron en África al sur del Sahara y aproximadamente un millón en el Asia meridional y sudoriental, donde las tasas de prevalencia van en rápido aumento en algunos países.

En muchas sociedades de África y del Asia occidental practican la mutilación genital femenina, a menudo denominada circuncisión femenina. En todo el mundo han sido objeto de esta peligrosa y dolorosa práctica unos 130 millones de niñas y mujeres jóvenes, y cada año corren el mismo riesgo otros dos millones. La mutilación femenina se practica en unos 28 países de África, donde varían ampliamente las tasas de prevalencia, desde un 5% en la República Democrática del Congo hasta un 98% en Somalia, en la Península árabe y en la región del Golfo. También se practica en algunos grupos minoritarios de Asia y en mujeres inmigrantes en Europa, Canadá y los EEUU.

Otro dato, éste aportado por la FAO en su análisis mundial de 2002, informa que la malnutrición, el hambre y la pobreza producen la mayoría de las discapacidades en el mundo. Y, según sus estimaciones, en 1999 había 815 millones de personas malnutridas en el mundo: 777 millones en los países en desarrollo, 27 millones en los países en transición y 11 millones en las economías de mercado desarrolladas.

Las desigualdades en los países que componen la Unión Europea han sido abordadas en el seno del Comité de las Regiones habiendo recomendado, en su programa de acción comunitaria en salud pública 2001-2006, que los países miembros den prioridad a la eliminación de las desigualdades sanitarias. Se considera que éste es el principal desafío para el próximo quinquenio, máxime cuando está prevista la incorporación de nuevos países a la UE, la mayoría de los cuales presenta peores indicadores de salud y un menor gasto sanitario.

El Comité propone que los países de la UE se centren en eliminar las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios existentes reduciendo los riesgos de la población y equiparando la calidad del servicio de los países en peor situación al mejor nivel de la UE. Este fenómeno tiene especial importancia por la adhesión a la UE de nuevos países, la mayoría de ellos con peor situación sanitaria, menor gasto sanitario per cápita y una menor esperanza de vida. En su propuesta el Comité resalta que, aunque en líneas generales la salud de los europeos es hoy mejor que nunca, su calidad se distribuye aún de forma desigual, persistiendo disparidades en las variables sanitarias. Existen diferencias de salud entre los países miembros, que se reproducen en el interior de los propios estados. Las personas más expuestas pertenecen a los grupos sociales menos favorecidos y a determinados grupos étnicos, así como a los discapacitados y enfermos psíquicos. Se propone para paliar la desigualdad entre países que se evalúen las repercusiones de los programas de salud pública en los distintos colectivos de la sociedad. De esta forma, recomienda adaptar la planificación sanitaria a estos grupos con diferente sensibilidad. Pero la adecuada protección no sólo dependerá de los servicios de salud y la política sanitaria de los candidatos a entrar en la UE, sino que también deberá tener en cuenta la influencia de la política agrícola común – la enfermedad de las vacas locas es un ejemplo claro - el empleo y el entorno laboral, la educación la movilidad y las políticas hacia los consumidores.

Al mismo tiempo se apunta que hay que asumir de forma clara que para lograr un mayor nivel de salud ya no será necesario obsesionarse con los cambios y la mejora de los sistemas sanitarios, sino que hay que orientarse hacia las políticas de prevención, eliminando las causas de la enfermedad. *Megapoles* es el nombre de un proyecto promovido por la Unión Europea, en el que participan 18 grandes ciudades y regiones europeas para promover la creación de una red europea de salud pública que permita reducir las desigualdades en salud, especialmente en determinados grupos de población, como jóvenes, ancianos y colectivos desfavorecidos (inmigrantes, drogodependientes, prostitutas, indigentes y refugiados, entre otros).

En un informe presentado en Madrid en el año 2000 sobre la salud en las capitales europeas, se ha señalado que el alcoholismo, el tabaco y otras adicciones, la violencia y las enfermedades de transmisión sexual son problemas sociales y de salud pública comunes que afectan especialmente al colectivo de los jóvenes. La exclusión social, el desempleo y la inmigración son características de los grupos sociales más desfavorecidos, donde se combinan y concentran los principales problemas en los que trabajará esta red europea. También analizarán el aislamiento social, la salud mental y demencias, y la prevención y seguridad de los accidentes en los ancianos.

Por último, es de resaltar que esta preocupación por afrontar cuáles son efectivamente los determinantes sociales que afectan a la salud y a la enfermedad,

ha sido abordada recientemente (marzo del 2005) por la Organización Mundial de la Salud (OMS), creando la “Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud”, con el propósito de que genere recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre determinantes sociales que mejoren la salud y reduzcan las desigualdades sanitarias.

Los resultados de este análisis nos indican cómo el nivel de salud de una población no depende sólo de los recursos sanitarios de que se disponga, sino también de unos factores sociales que lo van a determinar, como la clase social a la que se pertenezca, el trabajo que se desempeñe, el entorno en el que se habite, si se es hombre o mujer, o de una raza u otra. Es decir, que para conseguir el más alto nivel de salud para la población la visión economicista de la salud y la derivación de mayores recursos hacia la sanidad curativa hay que replanteársela nuevamente, y habría que incidir más en las políticas sanitarias públicas que presten más atención al entorno y a los estilos de vida. Por ello, consideramos que el papel de la Sociología es fundamental, es necesario que se realicen estudios que contrasten y confirmen aún más estos datos, que se investigue sobre la relación existente entre política y medicina, entre democracia y salud, sobre los hábitos y estilos de vida, el consumo de drogas, la salud en las diferentes etapas de la vida, las enfermedades mentales, el entorno medioambiental, los sistemas de salud, etc. Ello contribuiría, sin duda, al mejoramiento general de la salud de las poblaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, J. y ANTÓ, J.M., (1988): "Desigualdades de salud en Barcelona", *Gaceta Sanitaria*, 2(4), pp. 4-12.
- ÁLVAREZ DARDET, C., ALONSO, J. , DOMINGO, A. y REGIDOR, E., (1995): *La medición de la clase social en ciencias de la salud*, SG Editores, Barcelona.
- ÁLVAREZ DARDET, C. y PEIRÓ, S. (Eds.) (1998): *Informe SESPAS 2000: la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- BECK, U., (1998): *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Paidós, Barcelona.
- BERGER, P.L. y LUCKMAN, Th., (1995): *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires.
- BOURDIEU, P., "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo", en ÁLVAREZ-URÍA, F. y VARELA, J. (Eds.),(1986): *Materiales de sociología crítica*, La Piqueta, Madrid.
- COCKERHAM, W.C., (2002): *Sociología de la Medicina*, Prentice Hall, Madrid.
- COLLADO, A. y DE MIGUEL, J. M., (1995): "Desigualdades sanitarias y sociales: análisis de la Encuesta Nacional de Salud", *II Simposium sobre la igualdad y distribución de la renta y la riqueza*, Fundación Argentaria, Madrid.
- DE MIGUEL, J.M., La salud del futuro. www.imim.es/quark/num16/016101.htm
- DONATI, P., (1994): *Manual de Sociología de la salud*, Díaz de Santos, Madrid.
- DURÁN, M.A., (1983): *Desigualdad social y enfermedad*, Tecnos, Madrid.
- DURKHEIM, E., (1992): *El suicidio. Estudio de sociología*, Akal, Madrid.
- ELIAS, N., (1993): *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, FCE, Madrid.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas): *Estado de la Población Mundial 2000*, www.unfpa.org/swp/2000/espanol/ch02.html
- FOESSA, (1970): *Informe sociológico sobre la situación social en España*, Fundación FOESSA, Madrid.
- (1994): *Informe sociológico sobre la situación social en España. Vol. I*, Fundación FOESSA, Madrid.
- FOUCAULT, M., (1986): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada clínica*, S. XXI, Madrid.
- (1987): *Historia de la sexualidad*, 3 vols., S. XXI, Madrid.
- (1988): *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Barcelona.
- (1988): *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, Alianza Editorial, Madrid.
- (1986): *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, Madrid.
- GIDDENS, A., (2002): *Sociología*, Alianza Editorial, Madrid.
- GOFFMAN, E., (1988): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos*, Amorrortu, Buenos Aires.
- (1988): *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.

- ILLICH, I.,(1978): *Némesis médica*, Joaquín Mortiz, México.
- IRIGOYEN, J., (1996): *La crisis del sistema sanitario en España. Una interpretación sociológica*, Universidad de Granada, Granada.
- LAÍN ENTRALGO, P., (1978): *Historia de la medicina*, Salvat, Barcelona.
- LOSTAO, L. y REGIDOR, E., “Desigualdades sociales en salud en España”, en COCKERHAM, W.C., (2002): *Sociología de la Medicina*, Prentice Hall, Madrid.
- MACIONIS, J. y PLUMMER, K., (1999): *Sociología*, Prentice Hall, Madrid.
- MARCH CERDÁ, J.C., (1997): *Desigualdades sociales en salud en la ciudad: dos aproximaciones a su descripción*, Universidad Autónoma de Barcelona.
- MERTON, R. K., (1985): *Sociología de la ciencia: investigaciones teóricas y empíricas*, Alianza Editorial, Madrid.
- MIGUEL, A. de (Dir), (1992): *La sociedad española 1992-93*, Alianza, Madrid.
- NAVARRO, V., (1978): *Crisis, salud y medicina - La medicina bajo el capitalismo*, Grijalbo, Barcelona.
- NAVARRO, V. y BENACH, J., (1996): *Desigualdades sociales en salud en España: Informe de la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España*, Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins, Madrid.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN, *El estado mundial de la agricultura y la alimentación*, 2002. <http://www.fao.org>.
- PARSONS, T. (1988): *El sistema social*, Alianza, Madrid.
- PÉREZ JIMÉNEZ, R., “Las políticas sanitarias y desigualdades en España”, en ADELANTADO, J. (Coord.), (2000): *Cambios en el Estado del Bienestar*, Icaria, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- REGIDOR, E. y otros, (1994): *Diferencias y desigualdades en salud en España*, Díaz de Santos, Madrid.
- REGIDOR, E. y otros, (2002): *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*, Universidad de Alicante.
- RODRÍGUEZ, J.A., (1987): *Salud y sociedad*, Tecnos, Madrid.
- RODRÍGUEZ, J.A. y DE MIGUEL, J.M., (1990): *Salud y poder*, CIS-Siglo XXI, Madrid.
- SEE (Sociedad Española de Epidemiología), (1995): *La medición de la clase social en ciencias de la salud*, SG Editores, SEE, Barcelona.
- URBANOS GARRIDO, R. M., *Evolución de la desigualdad de acceso y utilización en la Sanidad Pública española (1987-1993): una aproximación a la equidad a partir de las encuestas de salud*, Documentos de Trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense de Madrid. <http://www.ucm.es/BUCM/cee/doc/03010038.htm>
- VICENS, J., (1995): *El valor de la salud*, Siglo XXI, Madrid.
- WEBER, M., (1997): *Sociología de la religión*, Istmo, Madrid.
- WRIGHT, E.O., (1994): *Clase, crisis y estado*, Siglo XXI, Madrid.