

ATENDER A LA ESTRUCTURA SOCIAL EN EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD: DE LOS DETERMINANTES A LOS CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD

AINA FAUS-BERTOMEU

Dept de Sociologia i Antropologia social (UV)

ARANTXA GRAU I MUÑOZ

Dept de Sociologia i Antropologia social (UV)

ELISABET MARCO-AROCAS

Dept de Sociologia i Antropologia social (UV)

1. INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en salud se definen como los malestares producidos socialmente y, por ello, se entienden como innecesarios, injustos y evitables (Dalhgren y Whitehead 2007). Esta definición remite a la idea de que las desigualdades son sistémicas, es decir, que son el resultado de la interacción de múltiples factores que están arraigados en la estructura misma de la sociedad (Durán 1983). Dos disciplinas han sido las encargadas de abordar el estudio de las desigualdades en salud; la epidemiología y la sociología. Estos dos sistemas de conocimiento, a pesar de compartir un mismo objeto de estudio, discrepan en la interpretación de lo que es salud/malestar con consecuentes implicaciones sobre cómo entender, analizar y responder a las inequidades en salud de las poblaciones.

En la construcción del saber sobre salud existe claramente una relación de poder entre ambas disciplinas. En ella, la medicina se presenta como legítimamente reconocida para estudiar la salud y los cuidados (Moragas 1976) desde un locus epistemológico de objetividad, especialización y de neutralidad (exento de valores o ideología), y que refleja la realidad. Un conocimiento superior que se erige como la “verdadera ciencia”

(Foucault 1975). No obstante, este axioma queda en entredicho si se examina con lente crítica. Si el mundo se construye socialmente (Berger y Lukhman 1968), también lo hará el conocimiento puesto que las formas en que se organizan los saberes y se delimitan las disciplinas científicas está influenciada por la estructura social en la que se produce y difunde el conocimiento científico (Bourdieu 2003), es decir, por las relaciones de poder y las prácticas sociales y culturales de la sociedad en la que se construyen (Foucault 1997, 1982). Así, lo que se considera salud/malestar no solo refleja procesos científicos sino también políticos (Olafsdottir 2013). Claro ejemplo de ello fue la desclasificación de la homosexualidad en el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) de la American Psychiatric Association (APA) en 1973; décadas después la transexualidad y la intersexualidad siguen incluyéndose como patologías a diagnosticar (Missé y Coll-Planas 2010). Del mismo modo muchas académicas feministas han señalado las prácticas científicas por estar influidas por factores sociales, políticos y económicos (Haraway 1991; Harding 1986), apuntando especialmente a la medicina por ser una disciplina androcéntrica y sexista (Esteban 2006; Ortiz 2002), de no reconocer el conocimiento lego sobre la salud (Grau 2013; Nelkyn 1975) e incluso de devaluar otros conocimientos para la sanación como la medicina tradicional oriental (Illich 1984).

Desde la sociología de la salud (Straus 1957) se ha puesto de manifiesto la construcción social de la ciencia médica como disciplina moral (Goffman, 1961), que no solo dicta que es lo normal y lo desviado (Foucault, 1961), sino también ejerce un poder y un control social de los cuerpos en unos marcos cambiantes de conocimiento y de relaciones de poder (Conrad y Barker, 2010), auspiciado por la historia y que reemplaza a los sistemas de autoridad religiosa y legal como el principal agente con poder para definir y responder a las conductas que considera desviadas (Foucault 1978). También se han señalado enfermedades que habitualmente son estigmatizadas en las sociedades, como el cáncer (Sontag 1978), las enfermedades mentales (Goffman 1963) y el VIH (Plummer 1975). Desde esta corriente la salud se considera una construcción social (Hankivsky 2012) y se pone de manifiesto la “medicalización de la sociedad” (Illich 1975; Zola 1972; Pitts 1968) que se define como los

procesos biopolíticos que implican la incursión de la medicina en cada vez más aspectos de la vida social definiendo prácticas sociales en términos de salud/enfermedad e involucrándose cada vez más en la gestión de los cuerpos, lo que tiene un impacto en la generación del conocimiento sobre la salud (Bianchi, 2022). Jennifer Torres (2014) disecciona la complejidad de este fenómeno parcelándolo en cuatro dimensiones: 1) la supremacía de la biología, dado que se fundamenta en el racionalismo y las teorías deterministas para intervenir en prácticas culturales como el embarazo, la lactancia, la crianza (Grau 2013) o la sexualidad y la alimentación; 2) la patologización, definiendo aquello que es normal y lo que es anormal o desviado, y que se relaciona con el diagnóstico de las enfermedades (Zola 1972), de sus síntomas y de los comportamientos de riesgo; 3) el uso de tratamientos, empleándose el término de farmacologización (Bianchi 2018) y “disease mongering” (Payer 1992) para describir los procesos de ampliación de los límites que definen las enfermedades médicas con el fin de expandir los mercados de fármacos y tratamientos; 4) y el control sanitario, en el que se enfatiza el “expertise médico” (Foucault 1978), es decir, la legitimidad de la vigilancia, control e intervención desde la mirada del personal sanitario. Las teorías de la medicalización, nos aclara Olafsdottir (2013), son teorías del poder que ilustran cómo la construcción del saber médico está inmersa en un contexto social específico en el que ciertos grupos tienen poder para definir qué es salud/enfermedad y cómo debe tratarse, mientras que otros grupos son sujetos sometidos a la mirada del conocimiento médico (Foucault 1978).

1.1. MODELOS PARA EL ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La epidemiología en sus análisis de las desigualdades en salud se ha centrado, principalmente, en detectar las características que define como “sociodemográficas” (clase social, género, raza, entorno social, edad, etc.), que según entiende aumentan las probabilidades de experimentar comorbilidad y mortalidad, y que utiliza como indicadores de inequidad en salud. En este sentido, propone varios modelos que tratan de identificar los factores sociales que influyen en la salud. El primero de ellos, el modelo biomédico, entiende la enfermedad como un funcionamiento

anormal del organismo (disfunción) que puede ser reparable a través de tratamientos médicos (medicación y hospitalización) y a la salud como la ausencia de enfermedad. Las numerosas críticas que recibió este modelo (Cochrane 1995; Illich 1975; McKeown 1976) motivaron la aparición de un segundo modelo, el paradigma biopsicosocial o modelo social de la salud, que valora en mayor medida los efectos de las influencias sociales y ambientales en las pautas en salud así como plantea la necesidad de actuar no solo sobre los individuos sino sobre las poblaciones. Es decir, la salud se contempla como el resultado de un proceso que sigue un sistema integrado sobre las tres vertientes que conforman la vida: lo biológico-orgánico, lo psicológico-afectivo y lo conductual-interacción social. La cuantificación de la contribución de los distintos factores a la salud de las poblaciones sugiere que, según estudios, las circunstancias sociales y económicas del entorno social y los estilos de vida de los individuos determinan entre un 60% y un 85% de las mejoras en la salud global (CIFAR 2012; McGinnis et al. 2002). Desde de esta concepción se fundamentan los denominados “determinantes sociales de la salud” (Dahlgren y Whitehead 2021; McKeown y Lowe 1974) que se jerarquizan en 4 niveles principales: 1) los factores biogenéticos, el sistema constitutivo de base; 2) las condiciones de vida, los recursos de la sociedad, de los individuos y sus estilos de vida; 3) el entorno, condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales, así como las redes sociales y comunitarias; y 4) el sistema de asistencia sanitaria, oferta, acceso, calidad y utilización de los servicios sanitarios. Así, la epidemiología y la salud pública entienden que las desigualdades en salud se vinculan a la pobreza, las condiciones laborales, el entorno residencial, los ejes de desigualdad, los factores psicosociales, los servicios sociales y sanitarios y el comportamiento no saludable de los individuos.

La investigación biopsicosocial revela relaciones más complejas que el modelo biomédico al vincular factores psicosociales y estructurales con problemas de salud, considerando la multidimensionalidad de la salud. Sin embargo, enfatiza más los factores comportamentales de los individuos que los socioestructurales (Ostry y Frank 2010; Doyal y Pennell 1979) ignorando los procesos e interacciones sociales que se dan en una estructura social dada (Arcaya et al. 2015), y responsabilizando al propio

sujeto de su salud (Illich 1994) al poner en el centro su genética y estilos de vida (dieta, ejercicio, consumo de tabaco y alcohol, etc.). Además, utiliza un sistema no consensuado de conceptos que se toman como “determinantes” de la salud (género, clase social, etnia, edad, etc.), que se definen de manera estanca y estática, y que para la sociología son construcciones sociales (que se registran como categorías de análisis), cuestión de la que deriva la complejidad en su estudio y análisis (Hill Collins 2015).

Además, y como se ha adelantado anteriormente, la sociología entiende que las desigualdades en salud, al igual que el resto de desigualdades sociales, se originan en la propia sociedad. Como subraya M^a Ángeles Durán: “la sociedad pueda ser, en relación con la enfermedad, tanto el explanandum [lo que explica] como el explanans [lo que debe ser explicado]” (1983:17). Es decir, la interpretación de la salud no puede hacerse al margen de la sociedad en que se produce. Primero, porque el individuo se desarrolla en sociedad y, por lo tanto, las desigualdades en salud, al igual que el resto de desigualdades sociales, deben de entenderse en el contexto social en el que se producen, puesto que son el resultado de las diferentes posiciones sociales que ocupan los sujetos/grupos en la estructura social. De ello deriva, afirma, que la responsabilidad de la salud no puede recaer sobre los individuos sino sobre las estructuras sociales de dominación/vulnerabilidad y, por ende, expresiones como “causa” y “determinante” de la salud/malestar dejarían de tener sentido puesto se trata de condicionantes sociales encarnadas en el propio sujeto/grupo. Segundo, porque los sujetos en su condición de actores sociales definen su salud en la interacción con otros sujetos, tanto al definir su salud/malestar como cuando reclaman cuidados (Faus y Grau 2022). Y tercero, porque la transmisión de los valores y creencias en salud está estrechamente relacionada con el poder y la dominación de determinados grupos sociales dominantes que tienen la capacidad de imponer sus valores y creencias en la sociedad a través de su control sobre los recursos económicos, culturales y simbólicos (Bourdieu y Passeron 1970).

En este sentido, la teoría de la acción social de Bourdieu (1997) nos ayuda a comprender la experiencia vital de los sujetos atendiendo a la estructura social. A través de la comprensión de un modelo que se

fundamenta en la noción de poder y de los conceptos centrales de esta teoría –habitus, capital y campos–, Bourdieu plantea que la estructura social es, a la vez, capacitadora y limitadora de la acción social en función de los capitales o recursos disponibles por los sujetos/grupos; y que es también, a la vez, material e inmaterial, es decir, se compone de posiciones (resultado de las diferentes dotaciones de capitales) y de disposiciones (habitus asociados a cada una de las posiciones). Para Bourdieu los aspectos objetivos de la realidad social (la estructura objetiva, material) tienen igual peso que los aspectos subjetivos (la estructura interiorizada que organiza el pensamiento, la cultura), por lo que la intencionalidad o la voluntad de llevar a cabo una acción social concreta está condicionada por la posición de la persona en la estructura social y debe de entenderse en las interacciones de los sujetos. Para los agentes sociales con mayores dotaciones de capital para la acción y para el ejercicio del poder la estructura se torna voluntarista mientras que para aquellos con menores dotaciones de capital se presenta más determinista. En su aplicación al campo de la salud esta teoría se torna fundamental para comprender que los estilos de vida saludables no son elecciones individuales (Cockerham 2005) sino que estos están fuertemente influenciados por la estructura social (Bourdieu 1979) en relación al acceso a los recursos y a las oportunidades. De la aplicación empírica de la teoría de la acción social de Bourdieu al campo de la salud resultan cuatro cuadrantes jerarquizados según la distribución del capital a los que se vincula un habitus, configurándose un espacio de luchas por el poder y la posición de capitales y que intervienen en la salud:

1.) Cuadrante “Dominante-Dominante” (superior derecho): se refiere a situaciones en las que los individuos/grupos disponen de un capital total (económico y cultural) superior a la media así como una predominancia de capital económico, por lo que ocupan las posiciones de mayor poder y prestigio en la sociedad (capital social). Según nos indica Bourdieu, además, estas personas suelen estar en posiciones de liderazgo en las esferas políticas, económicas y culturales y tienen acceso a recursos y oportunidades que les permiten mantener su posición dominante en la sociedad. En términos de implicaciones para la salud, Bourdieu argumenta que estos individuos tienen una ventaja significativa en términos

de acceso a recursos de salud puesto tienen el capital económico y cultural para abonar servicios de salud de alta calidad y un acceso a información sobre salud privilegiada. También su posición dominante (derivado del capital social) permite controlar y definir la agenda de salud pública, lo que se traduce en políticas y programas de salud que benefician a sus propios intereses en lugar de a los intereses de la mayoría de la población.

2.) Cuadrante “Dominante-Dominada” (superior izquierdo): como el cuadrante anterior es un espacio en el que se tiene un capital total superior a la media, pero a diferencia de este es predominantemente cultural. Es decir, ocupan situaciones privilegiadas pero con menor poder de acción que quien se encuentra en “dominante-dominante”. En relación a la salud, y a pesar de tener cierto nivel de capital económico y cultural que permite el acceso a servicios de salud de calidad, su capital social y poder político consienten su inclusión en la toma de decisiones en cuestiones de salud pública. Sin embargo, esta ventaja relativa puede ser limitada y depende en gran medida del grado de capital social y poder político que tengan estos sujetos/grupos. Es decir, ocupan una posición de ventaja relativa, pero limitada puesto que si bien disponen de capital a menudo están sujetos a la explotación y la opresión por parte de los sujetos/grupos dominantes.

3.) Cuadrante “Dominada-Dominante” (inferior derecha): situándose con un capital total inferior a la media, son emplazamientos en los que los individuos/grupos presentan una prevalencia de capital económico. Ello les posiciona en situaciones de inferioridad, de menor agencia, que son amortiguadas por la disposición de capital económico, por lo que presentan una ventaja relativa en términos de acceso a recursos de salud (en relación a quien ocupa el cuadrante “Dominada-Dominada”). No obstante, su falta de poder limita su capacidad de acción y su influencia en la política de salud pública, excluyéndose de la toma de decisiones, lo que puede llevar a que las políticas y programas de salud no aborden adecuadamente sus necesidades.

4.) Cuadrante “Dominada-Dominada” (inferior izquierda): contando con un capital total inferior a la media y principalmente derivado del capital cultural coloca a los individuos/grupos en la situación de mayor

vulnerabilidad y discriminación en todos los ámbitos. Debido a su bajo nivel de capital a menudo su acceso a los servicios de salud de calidad está restringido y son excluidos de la toma de decisiones en cuestiones de salud pública. Además, su posición subordinada en la sociedad los hace más susceptibles a enfermedades y a presentar peores niveles de salud.

La teoría de la acción social de Bourdieu no solo nos permite entender como la disposición de capital económico, cultural y social determinan la posición de los sujetos en la estructura social y sus posibilidades de acción, sino también cómo estas median en su salud. Sin embargo, y como nos indica el paradigma de la interseccionalidad (Hill Collins 1989; Anzaldúa 1987; hooks 1981), configurado a partir de postulados feministas, el capital social está mediatizado por los sistemas de dominación que estructuran y jerarquizan las sociedades como son el sexismo, clasismo, racismo, edadismo, capacitismo, etc. que ubican a los sujetos en los espacios sociales promoviendo/privando sus oportunidades y estrategias de acción en el mundo social. Esta cuestión es fundamental para comprender que la propuesta de Bourdieu, al igual que la ciencia médica, obvia los sistemas de estructuración social (Connell 1995) generadores de las desigualdades sociales, puesto que asume que los individuos tienen acceso igualitario a los recursos culturales y simbólicos, independientemente de los sistemas de dominación que se materializan en los cuerpos de los individuos (Smith 1987). Aquellos elementos que la medicina denomina “determinantes de la salud” (género, edad, clase social, etnia, etc.) son condicionantes sociales puesto que son características de los individuos derivadas de los sistemas de dominación que los ubican en la estructura social.

A modo de ejemplo y tomando el sistema de dominación del sexismo, desde la sociología se entiende que tanto el sexo biológico como el género son construcciones sociales a las que se asigna un poder y estatus que regula, organiza y jerarquiza la estructura social atendiendo al diferente valor social que se atribuye a cada categoría considerada (Rubin 1975). De este modo, la categoría “hombres” ostenta mayor valor social que la etiqueta “mujeres”, que a su vez, presenta un privilegio ante la condición “personas no binarias”; del mismo modo que la consideración “heterosexualidad” deviene en mayor capital social que la

“homosexualidad”, derivándose de este modo un sistema de estructuración social que crea desigualdades sociales, y por tanto, interfiere en la experiencia de la salud incluida la percepción de la propia salud (Hart et al. 2019). Las desigualdades se construyen de manera paralela y similar en otros sistemas estructurantes como el edadismo, que beneficia a la adultez sobre la juventud y la vejez, el clasismo, con posiciones de privilegio para los ricos sobre los pobres, o el racismo, con ventajas para las personas caucásicas sobre las afrodescendientes, gitanas, biraciales, etc.

2. OBJETIVOS

El conocimiento se construye a través de procesos sociales y culturales en el que las personas expertas interactúan y colaboran para desarrollar y validar nuevas teorías y prácticas a través de la aplicación de métodos científicos. La distinta forma de entender y analizar las desigualdades en salud sugiere dos formas de aproximación epistémica y metodológica diferente y, por ende, dos modos de construir conocimiento sobre salud. Así si la respuesta de la medicina es encontrar los elementos que influyen en la salud de las poblaciones, la sociología fijándose en la interacción social y los sistemas sociales de estructuración, centra su mirada en desvelar las relaciones de poder y su implicación en las trayectorias de vida que median en la salud. La medicina en el estudio de las desigualdades en salud no solo no considera la estructura social, sino que además utiliza los “determinantes” sociales como si se trataran de categorías estancas y exentas de valor social. Ello acarrea grandes limitaciones en la generación del conocimiento sobre salud, al obviar las jerarquías sociales propias de cualquier sociedad.

Desde este prisma, el objetivo perseguido en este estudio es mostrar empíricamente como la estructura social media en la salud de los individuos/grupos, al disponerlos en diferentes espacios sociales en función de los sistemas de dominación social (sexismo, clasismo, edadismo, capacitismo, racismo, colonialismo, etc.), con consecuencias para su experiencia vital y en salud, demostrando, simultáneamente, la vertiente social de la salud. Partiendo de la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2017) y de la teoría de la acción social de Bourdieu (1997, 1979) se

examina la estructura social española derivada de considerar los ejes de dominación del sexismo, el edadismo, el clasismo y el racismo, observando las distintas posiciones sociales que emergen y su vínculo con los estados de salud.

3. METODOLOGÍA

Para mostrar que las desigualdades en salud son fruto de los sistemas de dominación que crean diferentes posiciones en la estructura social nos valemos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2017). A pesar que existen datos sobre salud posteriores, como los aportados por la Encuesta Europea de Salud (EES, 2020), esta no disgrega al mismo nivel de detalle la renta lo que supone una limitación⁸⁰ para la aplicación empírica de la teoría Bourdieu.

Atendiendo a la demostración empírica de la teoría de Bourdieu observamos cómo los diferentes sistemas de dominación interfieren en la salud de la población derivando en posiciones sociales de dominación/subordinación y los habitus vinculados a estos. Para ello, se modela un esquema que simula la estructura social española a través de la composición del capital, considerando la dotación de capital económico (medido con la renta) y del capital cultural (tomando el nivel educativo, que se reconvierte en variable cuantitativa atendiendo a los años de estudio que supone cada nivel de instrucción superado) –que se ilustra en el eje de ordenadas, cuando los puntos (condiciones sociales) están en los cuadrantes de la derecha significa que hay una predominancia de capital económico y en la izquierda de capital cultural–, y del volumen del capital total, calculado a través de la suma del capital económico y cultural –que se dibuja en el eje de abscisas. Ambas variables se han

⁸⁰ Ambas fuentes de datos, ENS y EES, recogen la renta de los individuos a través de una variable cuantitativa que en ambos casos es recodificada por el INE y convertida en ordinal. En el caso de la ESS la recodificación supone intervalos más amplios que la ENS además de incorporar un primer intervalo que transcurre entre 0€ y 1.100€, lo que resulta un impedimento para el cálculo del capital económico y, por tanto del volumen de capital total, al no mostrar las diferencias de las personas con menores recursos.

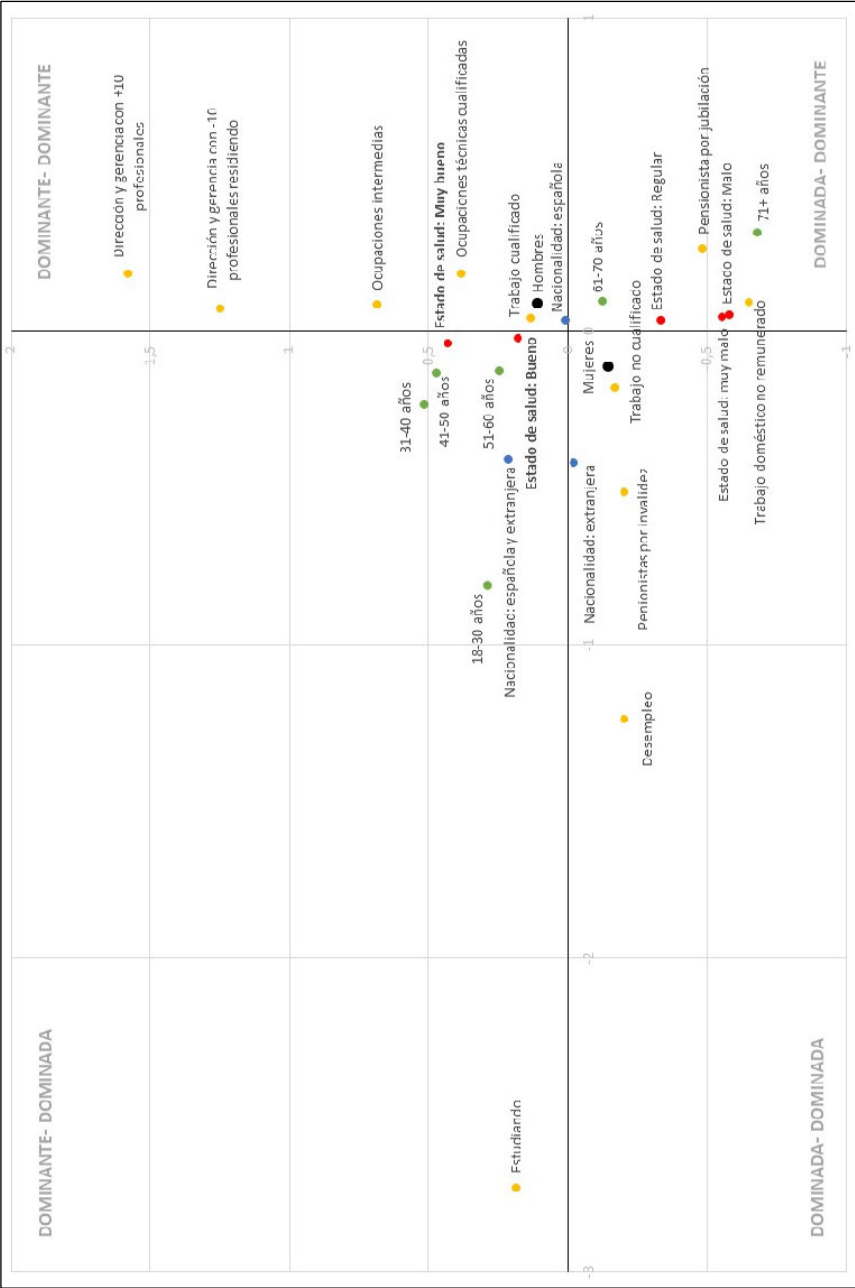
estandarizado y asimismo se ha ponderado la muestra (que se compone de 23.089 individuos mayores de 18 años).

Mediante un análisis de correlaciones múltiples se calculan las posiciones sociales que ocupan los grupos/individuos considerando el sistema de dominación del sexismo, con una aproximación a través de la variable sexo –mujeres y hombres–; del edadismo –que discurre de los 18 a los 103 años y que es agrupada en décadas dando lugar a 6 categorías–; del sistema del clasismo, tomando la situación sociolaboral –medida a través de la combinación de la situación sociolaboral y las ocupaciones y de la que resultan 11 condiciones–; y del sistema racismo, aproximación que se realiza observando la nacionalidad: española, extranjera o ambas. En este punto es importante considerar las limitaciones empíricas y metodológicas antes mencionadas sobre las categorías de las que hace uso la medicina y que rigen las encuestas de salud, y que se presentan como un obstáculo para este análisis. Tomando un posicionamiento sociológico estos sistemas serían analizados con una gama más amplia de categorías sociales que se ajustara a la realidad social y se interseccionarían para desarrollar un análisis de discriminaciones múltiples. No obstante, precisamos señalar como los sistemas de dominación son los que median en la salud y no al revés (como señala la medicina), por lo que se desarrolla un análisis monosistémico. Paralelamente se analizan y ubican en el esquema los distintos niveles de salud percibida –muy buena, buena, regular, mala y muy mala– vinculándose de este modo a cada grupo social.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La aplicación empírica de la teoría social de Bourdieu nos permite ubicar a los individuos en las distintas posiciones sociales de la estructura social española siguiendo los cuadrantes descritos anteriormente y considerando los sistemas de dominación del sexismo, edadismo, clasismo y racismo por separado (Gráfico 1). Con posterioridad, se observarán los estados de salud que se vinculan a estos espacios sociales, también ilustrados en el mismo esquema.

GRÁFICO 1. Estructura social española en función del sexo, la edad, la clase social y la nacionalidad, y percepción del estado de salud.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS (2017)

Una cuestión determinante para la interpretación de los resultados hace referencia a la distribución de las categorías consideradas (ilustradas en los puntos), puesto que a mayor concentración alrededor del cruce de los ejes significa que existen una distribución similar de capitales y, por el contrario, una repartición expansiva mostraría grandes desigualdades sociales. Así pues, la disposición de las categorías en el esquema resuelve grandes desigualdades sociales en la estructura social española.

Al observar las posiciones de dominación en la estructura española, el cuadrante “dominante-dominante”, que recordemos aglutina a los sujetos/grupos que detentan un alto nivel de capital económico, cultural y social, en la sociedad española está ocupada por las categorías de dirección y gerencia con 10 o menos empleados, las ocupaciones intermedias, las ocupaciones técnicas cualificadas, las ocupaciones cualificadas, los hombres y quienes disponen de nacionalidad española, desagregados jerárquicamente alrededor del cuadrante. Y en relación al cuadrante “dominante-dominada”, espacio ocupado por aquellos individuos/grupos con un alto nivel de capital económico y cultural pero con disposición de menor capital social y poder político, encontramos a los individuos de edades adultas y jóvenes (entre 18 y 60 años), a las personas que están estudiando, y a aquellas con doble nacionalidad (española y extranjera).

Respecto a las posiciones de vulnerabilidad, el cuadrante “dominada-dominante” refiere a los sujetos/grupos que tienen un bajo nivel de capital económico, cultural y social, y este es además preferiblemente económico, ubicándose en él las categorías pensionistas por jubilación, trabajo doméstico no remunerado y las edades mayores (61 o más años). Y el último cuadrante, “Dominada-Dominada”, siendo la posición de mayor vulnerabilidad de una sociedad y en la que se ubican los individuos/grupos con un bajo nivel de capital económico, cultural y social, el análisis realizado con la ENS señala que en este espacio se ubican los individuos en situación de desempleo, pensionistas por invalidez y el trabajo no cualificado, además de las mujeres y quienes tienen nacionalidad extranjera.

Esta primera aproximación nos ilustra las posiciones sociales de los individuos/grupos de la sociedad española permitiendo observar las categorías en cada sistema social estructurante (sexismo, edadismo,

clasismo y racismo) disponen de un mayor valor social y ocupan los espacios de dominación, y cuáles presentan menor valor y consecuentemente se ubican en los espacios de vulnerabilidad.

Paralelamente, y como nos indica Bourdieu (1979), consideramos la salud como un recurso, entendido como un bien que tiene valor en el mercado social y que puede ser acumulado y utilizado para obtener otros beneficios sociales, culturales o económicos. Según afirma además, el acceso a la salud y los recursos para mantenerla son un aspecto fundamental de la posición social de las personas en la estructura social. Al observar donde se ubican los niveles de salud en el esquema que simula la estructura social española (Gráfico 1), resalta que esta se configura alrededor del volumen de capital total, es decir, en la conjunción entre el capital económico y cultural (por ello todos los estados de salud se aproximan al eje de ordenadas). Los estados de salud “buena” y “muy buena” se encuentran en el cuadrante “Dominante-dominada”, y las categorías “regular”, “malo” y “muy malo” en el cuadrante “Dominada-dominante”. Ello resulta decisivo para entender que la salud no es solamente cuerpo orgánico sino también *habitus*, es decir, prácticas, comportamientos y valores que se transmiten de generación en generación y que están influenciados por la posición social de las personas.

Así pues, y al relacionar en la estructura social española las posiciones sociales, las categorías derivadas de los sistemas de dominación y los estados de salud, claramente aparecen vinculados en los espacios de dominación las categorías de mayor valor social –“hombres” si nos fijamos en el sistema sexismo, “edades adultas” en el edadismo, “caucásicas” en el racismo, y “ricos” en el clasismo– con la buena salud; y por el contrario se ubican en las posiciones de vulnerabilidad las categorías de menor poder social –“mujeres” en el sistema sexismo, “personas mayores” en el edadismo, “extranjeros” en el racismo, y “pobres” en el clasismo. Esta cuestión es fundamental para entender, primero, que las desigualdades en salud, al igual que el resto de las desigualdades sociales, se originan en las sociedades; y segundo, y derivado de lo anterior, que es la estructura social la que condiciona la salud, y no al revés, como nos indica la ciencia médica que analiza los denominados “factores biogénéticos” como si se trataran de características innata o biológicas

reduciendo la complejidad de las relaciones sociales a una medida simple y estática (Butler 1990). Por ejemplo, en el sistema del sexismo, la medicina recurre constantemente a la afirmación “los hombres tienen mayores niveles de salud que las mujeres”; sin embargo, al observar la estructura social española es la categoría social “hombres” la que ostenta un mayor valor social que la categoría “mujeres”, y por lo tanto una mejor salud. Es decir, no es que la salud sea mejor en los hombres por su genética sino porque ocupan una mejor posición social, una categoría a la que se atribuye un mayor valor y poder social. Y de modo similar ocurre al observar las categorías del sistema clasismo cuando se indica que “las clases bajas tienen peor salud que las altas” y del racismo al concluir que “las personas españolas gozan de mayor salud que las extranjeras”. Es decir, y a modo de ejemplo, una mujer pobre y extranjera no tiene peor salud por ser “mujer”, “pobre” y “extranjera” sino que es el sistema de dominación del sexismo, el clasismo y el racismo lo que la posicionan en un espacio de vulnerabilidad con consecuencias para su experiencia vital y para su salud. Esta cuestión es determinante para entender que los individuos que experimentan discriminación presentan peores niveles de salud (Pascoe y Richman, 2009).

5. CONCLUSIONES

El análisis a las desigualdades en salud desde la perspectiva sociológica nos ayuda a entender que la salud no es solo una cuestión orgánica y fisiológica sino también social, permitiendo comprender cómo nuestras ideas sobre la salud/malestar están integradas en un contexto social específico en el que se construye el conocimiento sobre salud. Al reconocer la existencia de múltiples sistemas de conocimiento es posible considerar, además, que nuestras definiciones de salud/malestar tienen elementos que pueden tener menos que ver con normas científicas que con diversas agendas culturales y políticas.

Desde la perspectiva sociológica, las desigualdades en salud se generan en la propia estructura social, derivadas de los distintos sistemas de dominación –sexismo, edadismo, clasismo, racismo, capacitismo, etc.– que ubican a los sujetos/grupos en espacios sociales de

vulnerabilidad/dominación. Por ello, el modo de operar que realiza la ciencia médica a los determinantes de la salud, como categorías innatas (biológicas) a los individuos, deja de tener sentido puesto que no se tratan de características y comportamientos individuales que un individuo decide o no tener/hacer sino de sistemas de estructuración que producen y reproducen desigualdades sociales, motivo este también por el que los sujetos dejan de ser responsables de su propia salud. Los posicionamientos sociales más vulnerables derivan de las categorías con menor valor social (mujeres, personas mayores, no caucásicas e inactividad económica), y es sobre estos grupos sobre quienes ocupan las posiciones de dominación que se suelen plantear las medidas sanitarias para fomentar estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol) siendo, a su vez, los posicionamientos más vulnerables los que se enfrentan a una estructura social determinista y con pocas posibilidades de influir en las decisiones políticas y sociales. Además, estos grupos sociales más vulnerabilizados tampoco se les reconoce agencia para afrontar las demandas que establece el modelo de los determinantes en salud en relación a los factores económicos de la salud (el empleo, la vivienda y el acceso a servicios de salud, entre otros), al entorno físico que les rodea (calidad del aire y del agua, el acceso a espacios verdes, etc.) al sistema de salud (servicios de atención médica, disposición de medicamentos y tecnologías sanitarias) o a los factores culturales (creencias, valores y normas culturales que influyen en la salud), todos ellos ligados al eje de dominación del clasismo. Pero, además, nos indica Bourdieu, ocupando las posiciones de vulnerabilidad se les vincula un *habitus*, configurado por elementos materiales y culturales, que se caracteriza por la reproducción de patrones culturales y sociales que les impide cuestionar su situación y buscar alternativas de cambio social. Sin embargo, Bourdieu también señala que existen posibilidades de cambio para estas personas, aunque su realización requiere de la acción colectiva y de la transformación de las estructuras sociales que mantienen las desigualdades.

El modelo médico de los determinantes sociales de la salud resulta excesivamente determinista al no entender que las desigualdades en salud se originan en las relaciones de poder y no considerar la capacidad de

los individuos para tomar decisiones que afectan a su propia salud, por ello desde la sociología proponemos el término “condicionantes sociales de la salud”. El estudio a las inequidades en salud ha manifestado que la salud debe entenderse como un fenómeno social (Stacey y Homans 1978) y que aquellas sociedades más igualitarias son también las más saludables, mientras que las sociedades más desiguales experimentan una serie de problemas sociales y de salud (Wilkinson y Pickett 2010).

Este estudio hace patente la necesidad de considerar la estructura social en los estudios de las desigualdades en salud. La sociología de la salud tiene un papel importante al proporcionar un contrapunto a los enfoques biológicos y médicos predominantes de la salud/malestar, dado atiende a los sistemas de estructuración social y a los significados de salud en las sociedades, reconociendo el papel que desempeñan la medicina y la industria farmacéutica en la respuesta a las alteraciones orgánicas, pero también señalando los peligros asociados a una dependencia excesiva de las profesiones y las corporaciones sanitarias. Además, en la disputa sobre el saber sobre salud alerta también que la construcción del conocimiento médico está influenciada por las estructuras de poder, manifestando su imposición en relación no solo a su concepto de salud sino también en su intervención en el mundo social. En este sentido la imaginación sociológica, que nos permite conectar la sociedad con el individuo, quizás nunca ha sido más importante al proporcionar contrastes al enfoque biológico. Si la sociología lograra transmitir sus propuestas se podría mejorar la formulación de políticas en el campo de la atención a la salud, especialmente las destinadas a los grupos sociales más vulnerables en los que interseccionan las categorías de menor valor de varios ejes de dominación. El uso de un marco de análisis equivocado en una investigación médica o en un programa de promoción de la salud puede no solo llevar a conclusiones inexactas, sino también a la reproducción de patrones sociales idénticos y, en consecuencia, a perpetuar las desigualdades en materia de salud (Dworkin, Fleming y Colvin 2015). Finalmente, considerar la estructura social también nos obliga a reflexionar sobre el espacio social en el que nos ubicamos como expertas en salud (Haraway 1991).

Posiblemente tomar una perspectiva transnacional en los estudios de salud, específicamente en los relativos a las desigualdades en salud, contribuya a desentrañar qué parte de la salud es social y qué otra es biológica. Lo que se considera normal y desviado es diferente entre grupos y lugares dentro de una misma sociedad, pero una comparación entre regiones puede ilustrar de manera más profunda como los ejes de dominación intersectan creando las desigualdades sociales y en salud. Por ejemplo, podemos preguntarnos si los ejes de dominación que originan las desigualdades en salud se estructuran en todas las sociedades del mismo modo, cómo se interrelacionan o qué espacios sociales derivan de su interrelación y qué posibilidades de agencia disponen las posiciones vulnerabilizadas. También, una perspectiva transnacional se sumaría a nuestra comprensión de los diagnósticos y del estigma que acompaña a determinadas enfermedades al considerar cómo estos procesos pueden operar de manera similar o diferente a través del contexto social.

6. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al profesor Rafael Castelló-Cogollós (UV) la enseñanza de la aplicación empírica de la teoría de los campos de Bourdieu, que ha utilizado en estudios sobre la estructura social valenciana (2002).

7. REFERENCIAS

- Anzaldúa, G. (2016 [1987]). *Borderlands/La Frontera: la nueva mestiza*. Capitán Swing.
- Arcaya, M., Arcaya, A. y S. Subramanian (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*, 8(1), 27106.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1988 [1968]). *La construcción social de la realidad*. Herder.
- Bianchi, E. (2022). “La construcción social del conocimiento médico. Tecnologías, diagnósticos y fármacos” (pp 123-160). En Grau y Faus (Ed.) *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica*. Tirant Lo Blanch.
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, conocimiento y Sociedad*, 8(2), 147-175.

- Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (2005 [1970]). La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2003). El oficio de científico: ciencia de la ciencia y reflexividad. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2016 [1979]). La distinción: criterio y bases sociales del gusto. Taurus.
- Bourdieu P. (1997). Razones Prácticas sobre la teoría de la acción. Anagrama.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social: notes provisoires. Actes de la recherche en sciences sociales, 31, 2-3.
- Bourdieu, P. (2003 [1984]). Cuestiones de sociología. Akal.
- Butler, J. (2007 [1990]). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Paidós.
- Canadian Institute of Advanced Research (CIFAR, 2012). Health Canada, Population and Public Health Branch. New Local Government Network. [Online] <https://ir.uv.es/8Ae42QM>
- Castelló-Cogollós, R. (2002). Estructura social del País Valencià. Proyecto Docente. Universitat de València. [Online] <https://links.uv.es/Z8hAQOw>
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. Journal of health and social behavior, 46(1), 51-67.
- Conrad, P., y Barker, K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. Journal of health and social behavior, 51, S67-S79.
- Cochrane, J. H. (1995). Time-consistent health insurance. Journal of Political Economy, 103(3), 445-473.
- Connell (1995). Masculinities. University of california
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (2007). A framework for assessing health systems from the public's perspective: the ALPS approach. International Journal of Health Services, 37(2), 363-378.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public health, 199, 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Dworkin, S. L., Fleming, P. J., y Colvin, C. J. (2015). The promises and limitations of gender-transformative health programming with men: critical reflections from the field. Culture, health & sexuality, 17(2), 128-143. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1035751>.
- Doyal, L. y Pennell, I. (1979). The political economy of health. Pluto Press.
- Durán Heras, M. Á. (1983). Desigualdad social y enfermedad. Tecnos.

- Esteban, M. L. (2006) El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20.
- Faus, A. y A. Grau (2022). “Desigualdades sociales en la salud y el malestar” (pp. 339-384) . En Grau y Faus (Ed.) *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica*. Tirant Lo Blanch.
- Foucault, M. (1982). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1997). *La arqueología del saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2021 [1978]). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001 [1975]). *La verdad y las formas jurídicas*. Gedisa.
- Foucault M. (2006 [1961]). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2001 [1961]). *Internados*. Amorrortu.
- Goffman, E. (1998 [1963]). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Grau i Muñoz, A. (2013). *Relación pedagógica y configuraciones de la crianza en la sociedad del riesgo: la transmisión del cuidado en el programa de educación maternal*. [Tesis Doctoral] Universitat de València.
- Hankivsky, O. (2012). Women’s health, men’s health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social science & medicine*, 74(11), 1712-1720.
- Haraway, D. (1995 [1991]). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Universitat de València.
- Hart, C., Saperstein, A., Magliozzi, D. y Westbrook, L. (2019). Gender and health: Beyond binary categorical measurement. *Journal of health and social behavior*, 60(1), 101-118. <https://doi.org/10.1177/0022146519825>
- Harding, S. (1997 [1993]). *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata.
- Hill Collins, P. (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual review of sociology*, 41, 1-20.
- Hill Collins, P. (1989). The social construction of black feminist thought. *Signs: Journal of women in culture and society*, 14(4), 745-773.
- hooks, B. (1981). *Ain’t I a woman: Black women and feminism*. South End Press.
- Illich, I. (1994). Health as one's own responsibility: no, thank you!. *Journal of Consciousness Studies*, 1(1), 25-31.
- Illich, I. (2022 [1975]). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Irrecuperables.

- McGinnis et al. (2002) The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. *Health Affairs*, 21 (2), 78-93.
- McKeown T, y Lowe, C.R. (1974). *An Introduction to Social Medicine*. Blackwell.
- McKeown, T. (1976). *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?*. Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Missé, M. y Coll-Planas, G. (Eds.). (2010). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales.
- Moragas, R. (1976). Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Papers*, N° 5, 31-54.
- Nelkin D. (1975). The Political Impact of Technical Expertise. *Social Studies of Science*, 5(1):35–54. <https://doi.org/10.1177/030631277500500103>
- Olafsdottir, S. (2013). “Social construction and health” (pp. 41-59). En Cockerham (ed.) *Medical sociology on the move: New directions in theory*. Springer
- Ortiz Gómez, T. (2002). “El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer” (pp. 29-42). En E. Ramos (ed.) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de genero en la salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer.
- Ostry, A. S. y Frank, J. (2010). Was Thomas McKeown right for the wrong reasons?. *Critical Public Health*, 20(2), 233-243.
- Pascoe, E. y Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531.
- Payer, L. (1992). *Disease-Mongers: How doctors, drug companies and insurers are making you feel sick*. Wiley & Sons.
- Pickett, K., y Wilkinson, R. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone*. Penguin.
- Pitts, J. (1968). “Social control: the concept” (pp. 381–396). En Sills D. (Ed.) *International encyclopedia of social sciences*. Macmillan.
- Plummer, K. (1975). *Sexual stigma: An interactionist account*. Routledge & Kegan Paul.
- Rubin, G. (1975). *The traffic in women: Notes on the " political economy" of sex*. Monthly Review Press
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic: A feminist sociology*. University of Toronto Press.
- Sontag, S. (2008 [1978]). *La enfermedad y sus metáforas*. Debolsillo.

- Stacey, M. y Homans, H. (1978). The sociology of health and illness: its present state, future prospects and potential for health research. *Sociology*, 12(2), 281-307.
- Straus, R. (1957). The nature and status of medical sociology. *American sociological review*, 22(2), 200-204.
- Torres, J. (2014). “Medicalizing to demedicalize: lactation consultants and the (de)medicalization of breastfeeding”. *Social Science & Medicine*, 100: 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.013>
- Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *The sociological Review*, 20, 487-504.