

En el desarrollo de la medicina moderna, la relación entre pobreza y salud ha sido un aspecto crítico que ha transitado por importantes luchas ideológicas, científicas y sociales, y que ha acompañado el desarrollo de distintos modelos explicativos del proceso salud-enfermedad desde el siglo XIX.

Hacia mediados de ese siglo, científicos como Snow, Virchow y Villermé enfatizaban la importancia de las condiciones de vida para explicar la magnitud y causas de la morbimortalidad en distintos grupos de la población. Se señalaba, por ejemplo, el papel fundamental del Estado para proveer de servicios públicos como agua limpia a los sectores pobres, o para mejorar las condiciones de trabajo y salarios de los trabajadores—incluyendo a mujeres, niños y niñas—, como un requisito para disminuir las tasas de enfermedad y muerte.

Los extraordinarios avances en el saneamiento ambiental, tecnología diagnóstica y farmacéutica, procedimientos quirúrgicos e inmunizaciones, posibilitaron un descenso sin precedentes en las tasas de mortalidad en todos los grupos de edad, así como un incremento en la esperanza de vida en prácticamente todos los pueblos del planeta. Sin embargo, paralelamente se han evidenciado con claridad las inequidades en salud vinculadas a las condiciones de vida crecientemente desiguales, las cuales se presentan en un contexto en el que surgen nuevas patologías como el sida, resurgen algunas muy antiguas como el cólera, o permanecen enfermedades ancestrales como la tuberculosis, a la vez que se incrementan los padecimientos mentales, las adicciones y enfermedades crónico-degenerativas, lo que en conjunto cuestiona la eficacia del modelo médico y de los servicios institucionales para prevenir, atender y mejorar las condiciones de salud de la población. A la vez, también se ha argumentado—con base en la noción de capital humano—, que es posible disminuir la morbilidad y la mortalidad entre los sectores pobres y que ello constituye un prerrequisito para alcanzar el desarrollo.

Este panorama obliga nuevamente a la reflexión acerca del papel de la pobreza en el perfil de enfermedad y muerte; en la utilización de los servicios de salud; en la calidad e impacto de los mismos; en la percepción de riesgos y la coexistencia de diversas prácticas médicas, lo

que nos lleva a considerar la relación entre las formas de organización social y productiva, los servicios institucionales de salud, las prácticas médicas llamadas tradicionales y los procesos de salud enfermedad. Lo anterior forma parte del escenario que se presenta a investigadores e investigadoras en la relación entre pobreza y salud.

El estado de Chiapas enfrenta una situación peculiar pues a la vez que contiene importantísimas diferencias socioeconómicas y culturales en su interior, también cuenta con una de las coberturas institucionales nominales de servicios de salud más altas del mundo—solamente superadas por Cuba y Costa Rica en América Latina—, en un contexto en el que persisten elevadas tasas de enfermedad y muerte evitables (por ejemplo, las defunciones maternas), desnutrición, enfermedades infecciosas (tuberculosis, diarreas), trastornos respiratorios agudos y trauma, así como accidentes y violencia, envenenamientos y problemas de salud mental.

En este número de ECOfronteras se presentan los reportes de cinco trabajos de investigación y de un par de talleres, que van más allá del señalamiento de la desigualdad en salud de los sectores más pobres de la entidad, al realizar reflexiones que dan cuenta de algunos de los aspectos que intervienen en la relación entre pobreza y salud, intentando esclarecer sus vínculos y aportar alternativas para el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población en Chiapas.

Austreberta Nazar Beutelspacher, ECOSUR San Cristóbal. 

