

CUADERNOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
Volumen 8 Número 97 Caracas Enero-Diciembre 2020

ISSN:0798-0388. Depósito Legal pp.196502 df 714

http://saber.ucv.vd/ojs/index.php/rev_edsp
Quinto Volumen Digital

Fundada agosto 1965

Economía y salutogénesis: una reflexión a partir de la experiencia alemana de la postguerra.

Maritza Duran¹, José R. Gómez-Mancebo², G. Villasmil Prieto³. Candidatos al Doctorado en Salud P

Cátedra B de Clínica y Terapéutica Médica^{1 3} y Cátedra de Cardiología². Departamento de Medicina, Escuela de Medicina Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Resumen: los regímenes de inspiración marxista fracasaron en proveer eficientemente medios materiales de vida a sus ciudadanos; sin embargo, las economías de mercado tampoco lograron siempre alcanzar tal cometido, enfocadas como han estado en la producción de riqueza y sin ocuparse de diseñar mecanismos institucionales para prevenir la creciente proletarización de amplios sectores sociales. La experiencia alemana de la postguerra nos ofrece un interesante “experimento natural” para contrastar ambos extremos y para valorar las posibilidades que en tal sentido ofrece la economía social de mercado.

Palabras clave: economía social de mercado, salutogénesis, Alemania.

Abstract: marxist-inspired systems failed to provide material means of life to their citizens efficiently, as market economies not always achieve this goal focused as they are on the production of wealth without taking into account the design of institutions oriented to prevent the growing proletarianization of broad social sectors. Post-war German

experience offers us an interesting "natural experiment" to contrast both extremes and to evaluate the possibilities offered by the social market economy in this sense.

Key words: social market economy, salutogenesis, Germany.

Introducción

Las tesis marxistas nos proveen de un enfoque útil para entender el problema del proletario inserto en la economía de mercado. El proletario, señala Marx en su obra *El Capital* de 1867, nada tiene que ofrecer al mercado como no sea su fuerza de trabajo a quien pague por ella. Tal retribución configura lo que conocemos como salario. En la de fuerza de trabajo, situados en el nivel más bajo de la escala de aquella sociedad estamentaria apenas por encima de los esclavos. Sin patrimonio propio, el proletario solo podía ofrecer su capacidad de proveer dicha fuerza a través de la procreación de una prole cuyo trabajo ofrecer a cambio del sostenimiento diario. La teoría marxista del valor postula que la remuneración del trabajo en el proceso de producción es menor que la del capital. De tal diferencia – la plusvalía- se apropia el capitalista (1).

Así las cosas, el salario no sería más que la mínima erogación que el capitalista propietario de los medios de producción está dispuesto a hacer con el fin de proveer al proletario de lo necesario para la reproducción de su fuerza de trabajo.

En el presente ensayo abordaremos el problema de la superación de la condición proletaria de las grandes masas como prerequisite esencial para alcanzar altos niveles de salud poblacional; superación que solo será posible, como lo demuestra la experiencia alemana de la postguerra, mediante la inserción del hombre en una economía de mercado ciertamente generadora de riqueza material alejada lo mismo de las aproximaciones socializantes del marxismo que de ingenuas presunciones según las cuales tal objetivo sería alcanzable mediante la asunción individualista de “estilos de vida saludables” y de “coherencias” carentes de base de sustentación material, como bien lo intuyera en su teorización el sociólogo israelí Aaron Antonovsky.

El sino trágico de $r > g$ y el fracaso sanitario del liberalismo manchesteriano

La primera revolución industrial, surgida al calor del liberalismo manchesteriano, hizo posible la masificación de la producción de bienes a límites nunca antes vistos. El académico francés Thomas Piketty, en su obra *El capital del Siglo XXI* de 2014, destaca cómo en el siglo XVIII un labriego del campo, en el mejor de los casos, nunca tendría más que un único par de zapatos a lo largo de toda su vida. El industrialismo hará posible la producción a escalas sin precedentes, lo que no trajo aparejadas mejores condiciones para vida para las masas a cargo de proveer la fuerza de trabajo necesaria para ello, es decir, el proletariado. La razón de ello, según el mencionado autor, ha sido y aún hoy sigue siendo la misma: la inferioridad de la remuneración del trabajo respecto a la del capital en economías. Según Piketty, el retorno sobre del capital, ya sea en forma de réditos de cualquier tipo, intereses, rentas, etc. -a lo que nuestro autor designa como variable r - es superior al crecimiento promedio de toda la economía, al que designa como variable g (2).

Con el capital siendo consistentemente remunerado muy por encima del crecimiento de toda la economía y a expensas del factor trabajo, era de esperarse que el “trickeldown” o “descreme”

profetizado por el Nobel de Economía de 1971 Simon Kuznets en virtud del cual la riqueza generada por el capital “gotearía” sobre las grandes masas disipando las grandes desigualdades generadas por el mercado, nunca ocurriera (3). Los teóricos del liberalismo manchesteriano no tuvieron respuesta para ello más allá del asistencialismo beveridgeano y la apelación constante a una “mano invisible” que, a la postre, habría de generar los equilibrios económicos y sociales esperables de tan formidable producción de riqueza. Los llamados de alarma ante la cuestión social llegaron muy tempranamente y por vías muy distintas. En Francia, por ejemplo, plumas de como las de Emile Zola y Honoré de Balzac – entre otras- estuvieron entre las primeras en denunciar la profundidad de las brechas que se abrían en el seno de una sociedad que, como la francesa, exhibía en tiempos de la llamada “Belle Époque” posterior al Segundo Imperio, desigualdades en la distribución de la riqueza aún más regresivas que las que caracterizaron al Antiguo Régimen (4).

El envilecimiento de la vida en aras de la sobrevivencia narrado por Zola en su *Naná* de 1890 y la denuncia del rentista ocioso entregado a una vida de excesos pagados por los pingües excedentes generados por la especulación financiera que nos entrega

Balzac en *La piel de zapa* de 1831, por citar tan solo dos ejemplos, retrataron antes y mejor que los economistas la formidable crisis social que se gestaba en el seno de aquella sociedad. Lo propio puede

decirse de artistas de la plástica como el italiano Giuseppe Pellizza da Volpedo, con escenas tan impresionantes como la plasmada en *Il Quarto Stato* de 1891:



Giuseppe Pellizza da Volpedo, *Il Quarto Stato* (1901). Museo del Novecento, Milano. En 1891 fue la Iglesia Católica la que habría de alertar al respecto, como se desprende de la histórica encíclica *Rerum novarum* de León XIII:

“Sea de ello, sin embargo, lo que quiera, vemos claramente, cosa en que todos convienen, **que es urgente proveer de la manera oportuna al bien de las gentes de condición humilde, pues es mayoría la que se debate indecorosamente en una situación miserable y calamitosa...**el tiempo fue insensiblemente entregando a los obreros, aislados e indefensos, a la inhumanidad de los empresarios y a la desenfrenada codicia de los competidores.

Hizo aumentar el mal la voraz usura, que, reiteradamente condenada por la autoridad de la Iglesia, es practicada, no obstante, por hombres codiciosos y avaros bajo una apariencia distinta. **Añádase a esto que...un número sumamente reducido de opulentos y adinerados ha impuesto poco menos que el yugo de la esclavitud a una muchedumbre infinita de proletarios**” (destacado nuestro) (5).

Entre el fin del siglo XIX y el principio del XX, con la cuestión social radicalmente planteada en Europa y Estados Unidos, se gesta y triunfa la revolución bolchevique, a cuyo conjuro las masas proletarias depauperadas, en cabeza de las cuales se situaron los partidos comunistas rivalizando con los de inspiración nacionalfascista, avanzaron triunfantes por sobre las ruinas

“Un Estado moderno y responsable no puede permitirse sencillamente a que se le relegue otra vez al papel de vigilante nocturno. Esa mal entendida libertad es precisamente la que ha enterrado la libertad auténtica y el orden liberal” (6).

La medicina no fue ajena a tal reflexión. Señala Thomas Mc Keown en sus trabajos sobre los determinantes sociales de la salud, que el crecimiento de la población desde finales del siglo XVIII se debió sobre todo a la mejora de sus condiciones económicas. En su obra seminal *An introduction to Social Medicine* de 1966, Mc Keown postula que fue una mejor nutrición más que a una mejor higiene, medidas de salud pública o intervenciones médicas, la variable crítica en el incremento de la salud poblacional. Mc Keown fue también de los primeros en demostrar que factores sociales como la pobreza y la educación ejercían un impacto significativo en los resultados de salud de una población (7, 8).

de la democracia liberal y la economía de mercado. Nuevamente, los teóricos del liberalismo clásico, confiados en las “fuerzas naturales” del mercado, carecieron de robustez discursiva para contener el avance de las tesis colectivistas. Al respecto advirtió Ludwig Erhard:

El enfoque salutogénico original de Antonovsky se forjó al calor de los históricos esfuerzos para la creación del Estado de Israel tras la aprobación de la resolución 181 de Naciones Unidas del 29 de noviembre de 1947 y la expiración del mandato británico sobre la antigua Palestina el 14 de mayo de 1948. En 1960, Antonovsky, sociólogo formado en Yale, emigra a Israel como parte del movimiento de los *kibutzim*. Su encuentro con las historias de vida de los emigrados judíos sobrevivientes de la *Shoá* que hacían el *aliyah* (regreso) a la *Eretz Israel* explica, entre otros elementos, la marcada influencia que en su desarrollo teórico tuvieron los trabajos de Hans Selye y sus tesis sobre el *stress*.

El enfoque salutogénico propuesto entonces por Antonovsky se enfocará en el problema de la generación de salud antes que el de la enfermedad, difiriendo notablemente de los teóricos que hasta entonces dominaron el debate sanitario en los medios académicos. Veterano de guerra y proveniente de la comunidad judía de Nueva York, Antonovsky deja traslucir a todo lo largo de su obra la que fuera su preocupación central: la pobreza generadora permanente de stress físico y emocional atentatorio contra la salud:

“¿...en la vida de los pobres subyace el hecho bruto de que, en todo lo relacionado con la salud, la enfermedad y la paciencia, los pobres están jodidos?” (9). Al estudiar las tesis de Antonovsky surgen naturalmente complementariedades con las de Mc Keown en cuanto a los determinantes sociales de la enfermedad, pues ambas convergen en el problema de la despersonalización del hombre sometido a variables fuera de su poder y las consecuencias de ello sobre su salud. La medicina occidental, en su discurso actual sobre la importancia del llamado “estilo de vida” sobre la salud de la población, ha desatendido la magnitud y jerarquía de dicho debate sobresimplificándolo y relucándolo a acciones individuales que soslayan grandes variables en juego que lo determinan, en lo

que los españoles Dardet y Ruiz-Cantero han llamado el “estilodevidismo”: “Llevamos 25 años...haciendo promoción de la salud sin una verdadera teoría detrás, lo que ha determinado un vacío notable de conocimiento científico, mucha retórica prescriptiva, acciones muy dispares en su mayoría de carácter coercitivo y basadas en factores de riesgo, "estilodevidismo", y con un conflicto ético notable de culpabilización de las víctimas...” (destacado nuestro) (10).

La salud está en el centro de la cuestión económica. La evidencia empírica es clara al respecto: las sociedades pobres son, no casualmente, las menos sanas. Promover “estilos de vida saludables” carece de todo sentido en sociedades económicamente inviables. El caso alemán resulta bastante ilustrativo al respecto, como quiera que se trata de un verdadero “experimento natural” en el que dos sociedades idénticas genética, cultural e históricamente, partiendo de idénticas condiciones iniciales, fueron sometidas a regímenes económicos radicalmente distintos: la Alemania del Este al estatismo comunista y la del Oeste, a la economía social de mercado (ESM). Los resultados en términos sanitarios y de desarrollo humano en cada una de ellas, como se verá a continuación, serían totalmente diferentes. La relación entre

economía y salud en profundidad: el caso alemán.

Hemos dicho que el estudio del caso alemán ofrece una interesante oportunidad – casi comparable con la de un experimento natural- para la contrastación entre la teoría sanitaria propuesta por el pensamiento marxista en el sector oriental de ese país, ocupado por las fuerzas soviéticas en lo que fuera la antigua República Democrática de Alemania (RDA) y la del modelo de la ESM desarrollado en la vecina República Federal de Alemania (RFA), destacando en esta última el indiscutible efecto salutogénico de la desproletarización del hombre como su más importante logro.

La respuesta marxista: la salud en la antigua RDA

La revolución rusa marca el inicio de la primera experiencia marxista a gran escala en el mundo tras el fracaso de la Comuna de París y de los experimentos socialistas utópicos en Europa en la Europa de la segunda mitad de siglo XIX. La cuestión social planteada por ingentes masas de proletarios depauperados encontraría en la nueva referencia soviética un poderoso acicate que los emergentes movimientos obreros abrazarían como fórmula alternativa

a las irresolubles contradicciones derivadas, a juicio de sus grandes teóricos, de la inevitable “crisis final” del capitalismo. Nikolai Semashko, médico comunista ruso entrenado como clínico en hospitales ingleses durante la segunda mitad del siglo XIX, observó la escasa e ineficaz acción sanitaria del estado británico en lo concerniente a las grandes masas obreras en la Gran Bretaña. Su propuesta de modelo de atención médica que le valiera ser designado comisario político para la sanidad de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), tendría su centro en la idea de una “medicina socializada” basada en la oferta masiva y gratuita de un importante número y tipo de prestaciones de carácter primario a la manera de un poderoso instrumento de intervención sanitaria que muy pronto impactará positivamente sobre la muy precaria situación heredada del régimen zarista, que careció totalmente de concepto público sanitario alguno (11).

Los resultados el corto plazo de la aplicación de tal modelo serían impresionantes. Por primera vez en la larga historia de Rusia, sus grandes mayorías tuvieron acceso a prestaciones médicas elementales como la inmunización, la atención al parto, a los accidentes laborales y a las afecciones de tipo infecto-contagioso (12). Tan importantes

resultados contribuyeron a la formación de percepciones profundamente contrarias a la idea de mercado en referentes teóricos de la época tan importantes como el suizo-estadounidense Henri E. Sigerist, quien afirmó que:

“No cabe duda de que el sistema soviético de seguridad social es infinitamente superior a cualquier sistema de seguridad de los países capitalistas. Los costos son los que deberían ser, parte del costo de producción. Los beneficios son infinitamente mayores que bajo cualquier otro esquema de seguro. Al trabajador se le garantiza servicio médico completo, se le otorga seguridad social. Tiene derecho a ello porque, después de todo, está creando los valores que hacen posible tal esquema...” (traducción nuestra) (13).

La paz acordada en Yalta en febrero de 1945 supuso la repartición del mundo entre las potencias vencedoras. Los países de la Europa oriental ocupada por las fuerzas soviéticas pasaban a constituirse en una miríada de “repúblicas populares” alineadas alrededor de la URSS que, aunque con variantes particulares, adoptarán también el modelo sanitario semashkiano. La respuesta de la economía social de mercado: la salud en la RFA. La RFA de 1947, ocupada por tres ejércitos extranjeros, se dio a sí misma una

constitución o ley fundamental cuyos grandes teóricos comprendieron que la respuesta a la devastación dejada a su paso por el totalitarismo nacionalsocialista no podía ser la vuelta al liberalismo manchesteriano, desatento a las notables desigualdades generadas por el mercado a la par de la enorme riqueza que producía. El consenso de las dos grandes fuerzas democráticas emergentes tras la guerra – la democracia cristiana de Konrad Adenauer, representada en la CDU y la socialdemocracia de Friedrich Ebert, en el SPD- en torno a una economía ordenada en función, no solo de la generación de riqueza, sino también de la desproletarización del hombre hizo posible trascender la antigua sozialpolitik de marcado cariz asistencialista para abrazar una vitalpolitik atenta no solo a la satisfacción de las necesidades materiales del hombre sino que también a su promoción. Wilhem Röpke, uno de sus grandes teóricos, la definió tal política económica como un “intento de integración espiritual” orientado a devolverle al hombre el dominio sobre su propia existencia, superando su antigua sujeción a la esclavitud moderna de la remuneración mínima necesaria para vestirse y alimentarse lo mismo que el esquema básico de “procura existencial” de Forsthoff

y los ius publicistas de la segunda mitad del siglo XIX alemán (14). Fue en 1949, en ocasión del congreso de la CDU celebrado en Dusseldorf, cuando Adenauer proponga un nuevo arreglo político ante el hecho económico definido como:

“...la estructura social de una economía industrial en la que el rendimiento de hombres libres e inteligentes está ordenado de tal manera que proporciona la más alta medida de rendimiento económico y de justicia para todos” (15).

A tal arreglo lo llamó “economía social de mercado” y sus resultados en el corto plazo bien justificaron lo que el mundo llamó entonces “el milagro económico alemán”, tan contrastante con los resultados de la vecina RDA sometida a la ocupación soviética. La economía de postguerra en las dos Alemanias: el mercado vs. el Estado Metodológicamente hablando, resulta

complejo el proceso de estimación del PIB en las economías socialistas a los efectos de cualquier análisis comparativo. Sin embargo, el estudio de Collier de 1985 realizado para el Banco Mundial estimó una variación del PIB per cápita de la RDA entre 1975 y 1980 por el orden de US\$ 4 a 6,8 MM de dólares americanos, mientras que el de la RFA varió entre US\$ 6,286 y 12,138 MM en el mismo período. Pese las distintas metodologías empleadas para la medición del PIB en ambos casos, a principios de la década de los 70, a 25 años de experiencia marxista en la antigua RDA, la economía germanoriental observaba un crecimiento en términos de PIB notablemente inferior a la de su vecina germanoccidental. Dichos datos constan en la tabla No. 1, reproducida del mencionado estudio de Collier y la tabla No.2, construida a partir de datos del Banco Mundial que se muestran a continuación (16,17):

**Table XXI: GERMAN DEMOCRATIC REPUBLIC
PER CAPITA GDP**

(Marks, DM and U.S.\$)

	Marks	DM	Dollars	Implicit PPP (M/\$)
-----1975-----				
Consumption	5,300	5,100	1,800	3.0
Investment	3,000	3,500	1,200	2.6
Government	1,900	3,000	1,000	1.9
GDP	10,200	11,600	4,000	2.6
-----1980-----				
Consumption	6,500	7,000	2,900	2.3
Investment	3,900	5,300	2,100	1.9
Government	2,700	4,600	1,800	1.5
GDP	13,100	16,800	6,800	1.9

Tabla No. 1. PIB (GDP) per cápita, República Democrática de Alemania (RDA), 1975 y 1980.

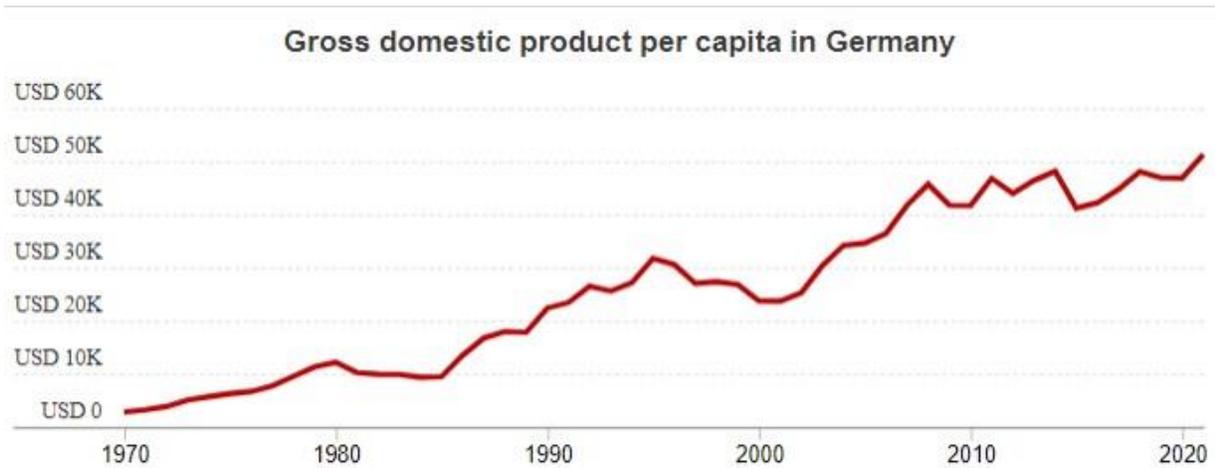


Tabla No.2. PIB per cápita; República Federal de Alemania, 1970 a 2020.

En términos de PIB, resulta claro que, entre 1970 y 1985, el alemán del Oeste era al menos dos veces más rico que el alemán del Este. Pero no por ello la aplicación del modelo Semashko en la RDA dejó de generar resultados favorables, como se muestra en la tabla No.3, en la que se grafica la mortalidad infantil en ambos países entre 1960 y 1989, año de la reunificación alemana. La tasa de mortalidad infantil de la RDA (DDR) para 1960 se encontraba en niveles muy superiores a los de la RFA (FRG), ralentizándose a ritmo incluso más acelerado hasta su práctica igualación en 1989 pese a la notable variación en la proporción de médicos por habitante entre ambos países (18):

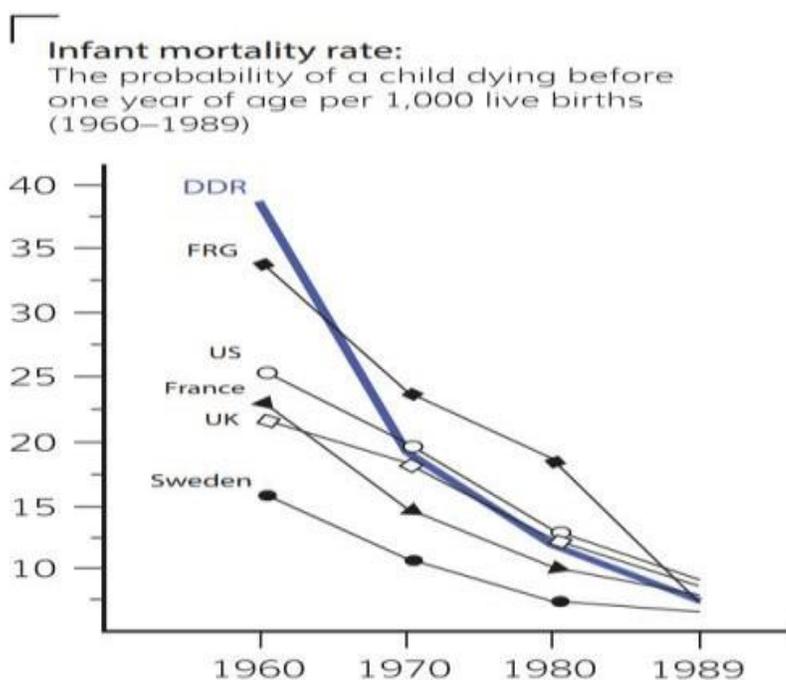


Tabla No.3. Mortalidad infantil, RDA y RFA, 1960 a 1989.

La aplicación del modelo soviético de Semashko en la antigua RDA, en general, había sido capaz, como lo señala el estudio crítico de Roland y Telyukov de 1991, de “satisfacer las primeras demandas de una mejor atención médica evitando infecciones, epidemias, hambrunas y condiciones terriblemente insalubres” (19); sin embargo, fue mucho menos efectivo en cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que no logró avances sostenidos en la salud de la población y en los servicios destinados a esta. El indicador número de médicos por habitantes es elocuente en tal sentido (Tabla No. 4):

Physicians per 10,000 residents

	DDR	FRG	France	Sweden	UK	US
1950	7.2	12.5	-	-	-	-
1960	8.7	14.2	-	10.0	8.0	11.0
1970	16.0	16.3	12.0	13.0	9.0	13.0
1989	24.0	30.0	30.0	28.0	16.2*	18.0

* for the year of 1990

Tabla No. 4. Médicos por cada 1000 habitantes, RDA (DDR) y RFA (GFR), 1950 a 1989

La salud más allá de las ideologías: economía y salutogénesis

No puede decirse que reflexión acerca de las variables sociales condicionantes de enfermedad esté siendo apenas recientemente reconocida. La tradición hipocrática lo intuyó, hace 25 siglos, proponiendo un conjunto de llamadas “reglas de oro” conducentes a una vida más larga y sana.

En la Baja Edad Media, el régimen salernitano lo ratifica al normar sobre aspectos inherentes a la vida urbana, el trabajo y la vivienda. En Roma, el concepto de *salus populi* acuñado durante su etapa republicana se fundó sobre todo en la atención de necesidades generales de la vida.

Las ilustraciones europeas asumieron decididamente la dimensión de lo sanitario más allá de lo estrictamente médico. Destacan aquí los llamados “ideólogos” franceses, muchos de ellos de formación médica como Jean George Cabanis, cuya influencia se extendió hasta nuestro país en sus inicios republicanos. Pensadores sanitarios insertos en las tradiciones médicas alemana y anglosajona valoraron el carácter decisivo de intervenciones “extramédicas” en lo que se refiere a la dinámica entre salud y enfermedad. En Inglaterra, como lo destaca el ya citado ensayo crítico de Szreter de 1988, fueron las intervenciones de carácter general las generadoras de los más importantes impactos sanitarios durante el siglo XIX, en la misma línea de lo que había señalado Mc Keown, a cuya obra ya nos hemos referido, destacando cómo la mortalidad por tuberculosis en la primera mitad del siglo XX disminuyó al incidir sobre variables como la vivienda, la alimentación y las condiciones de trabajo décadas antes de la introducción de las primeras drogas antituberculosas.

En Estados Unidos, Leavell y Clark proponen en 1966 su conocido modelo de los “niveles” en la prevención de la enfermedad

integrando en el primero de ellos, el llamado “periodo prepatogénico”, un complejo conjunto de variables determinantes de enfermedad cuyo

abordaje estaba más allá del ámbito de las acciones biomédicas que son de nuestro dominio. En la Alemania de mediados del siglo XIX, Virchow postula la idea de la *sozialmedizin* arguyendo en 1848 que el ejercicio de la política no era sino “medicina a gran escala”. En nuestro medio, sería Pastor Oropeza el primero en proponer la inclusión de la medicina en el campo de las ciencias sociales. En resumen, no puede decirse que sea reciente el reconocimiento de la incidencia de variables como la desigualdad de ingresos, la inflación, la violencia estructural de algunas sociedades, etc. como determinantes de la salud.

Ciertamente, el crecimiento económico no es generador de salud por sí mismo, pero su ausencia sí que lo es de enfermedad. La lectura que el salubrismo ha hecho del concepto de “salutogénesis” acuñado por Antonovsky se ha centrado sobre todo en sus implicaciones psicológicas y por esa misma vía, negado sus profundas relaciones con el hecho económico.

La notable difusión que han tenido su metodología de los cuestionarios sobre el sentido de coherencia (SOC) ha favorecido lo que Álvarez-Dardet y Ruiz Cantero críticamente han llamado el “estilodevidismo”; una deriva según la cual los hábitos de alimentación y vida de las personas forman parte de decisiones individuales influenciadas a través de estrategias concebidas a tal fin, soslayándose sus condicionamientos de tipo económico.

La psicologización extrema del concepto de salutogénesis oculta a nuestra mirada un conjunto de elementales relaciones entre salud y sociedad que ya eran evidentes incluso para los epidemiólogos de fines del siglo XIX.

En el mismo sentido, la abusiva apelación a intervenciones sobre el “estilo de vida” tiende a distraer nuestra atención del primero de todos los determinantes sociales de salud y enfermedad, que es la precariedad económica. En nuestro medio, Pramparo y colaboradores, en el estudio CARMELA de 2011, destacan la relación entre obesidad y pobreza mediada por los hábitos nutricionales propios de esta (20).

La experiencia de la RFA en la inmediata postguerra, cuyos líderes animaron un modelo de crecimiento económico dentro de un marco jurídico e institucional ordenado en función de la desproletarización del ciudadano, resultó en estándares de salud superiores a los de la vecina RDA. La RFA alcanzaría progresivamente índices de desarrollo humano (IDH) propios del mundo desarrollado: en 1989, previo a la reunificación de ambas Alemanias, el IDH de la RFA fue de 0,967, el decimosegundo más alto del mundo, mientras que el de la RDA fue de 0,953, el vigesimoprimer (21).

El “milagro alemán” que explica tal brecha no consistió en la apelación ingenua a “estilos de vida saludables”, tanto como a una economía robusta capaz no solo de crear riqueza, sino también de construir paralelamente un sistema de seguridad social no asistencialista eficaz en lo técnico y eficiente en lo económico-financiero que desproletarizó a las masas trabajadoras de aquel país.

Conclusión

La excesiva psicologización del concepto de salutogénesis en detrimento de su dimensión económica ha ocultado a nuestra mirada un conjunto de elementales relaciones entre salud y sociedad que ya eran evidentes incluso para los epidemiólogos de fines del siglo XIX. Asimismo, la abusiva apelación al “estilo de vida” y a la “resiliencia” distrae nuestra atención del primero de todos los determinantes sociales de la enfermedad, cuan es la precariedad económica.

La idea de una economía social de mercado, tal y como la propusieron Ropke y Adenauer en la RFA de la inmediata postguerra, bien justificaron lo que el mundo llamó el “milagro económico alemán”, tan contrastante con los resultados económicos, sociales y sanitarios de su vecina y empobrecida RDA bajo la ocupación soviética. Un contraste que incluso puede establecerse con los de las grandes economías del resto del mundo occidental.

Una economía así orientada no solo condujo a la RFA a un crecimiento inusitado en términos de PIB, sino también a elevados IDH que marcan la definitiva superación de las rémoras sanitarias heredadas de la guerra. La evidencia empírica a este respecto es elocuente

Referencias

1. Marx, C (1959) El capital. Fondo de Cultura Económica, México, Tomo I, p. 125, *passim*.
2. Piketty T (2014) The Capital of the 21st Century. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, p. 25.
3. Piketty, op.cit. p.21.
4. Piketty, op.cit. p.272.
5. Rerum Novarum (Sobre la cuestión social). Carta Encíclica de León XIII, 15 de mayo de 1891. En: <https://es.catholic.net/op/articulos/42883/cat/414/rerum-novarum-sobre-la-cuestion-social.html#moda>.
6. Erhard, L. (ed.2010) Bienestar para todos. Madrid. Unión Editorial, p. 178, *pasim*.
7. Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. Am J Public Health. 2002 May;92(5):730-2. doi: 10.2105/ajph.92.5.730. PMID: 11988436; PMCID: PMC1447154.
8. Szreter S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850– 1914. Soc Hist Med. 1988; 1: 1-37.
9. Antonovsky, A. (1979). Salud, estrés y afrontamiento. San Francisco: Jossey-Bass, p3.
10. Álvarez-Dardet C, Ruiz Cantero MT. Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas? Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2011 Abr [citado 2023 Jun 11] ;85(2):123-127. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200001&lng=es.
11. Schechter, Kate. Soviet Socialized Medicine and the Right to Health Care in a Changing Soviet Union. Human Rights Quarterly, vol. 14, no. 2, 1992, pp. 206–15. JSTOR, <https://doi.org/10.2307/762424>. Accessed 11 June 2023.
12. Rowland D and A V Telyukov C. Soviet health care from two perspectives. Health Affairs 10, no.3 (1991):71-86, doi: 10.1377/hlthaff.10.3.71.

13. Sigerist, HE. *Socialized Medicine in the Soviet Union* (New York, NY: W. W. Norton & Company, 1937), pp. 86–104, 307–308 *passim*.
14. García-Pelayo, M (ed.1994). Las transformaciones del Estado contemporáneo. Madrid. Alianza Universidad, p.26.
15. Adenauer, K. Citado en: E. Yáñez R. (2020) Economía Social de Mercado. Sus fundamentos antropológicos y éticos. Tegucigalpa. Ediciones de la Konrad Adenauer Stiftung, p.41.
16. Collier, IL. The estimation of gross domestic product and its growth rate for the German Democratic Republic. (World Bank staff working papers; no. 773), 1985, Washington DC. World Bank.p.60.
17. Banco Mundial. PIB per cápita en US\$ actuales, Alemania (República Federal), 1970-2020. En: [https://datos.bancomundial.org/compartir/widget?indicadores=NY.GDP.PCAP.CD&locations=DE" width='450' height='300' frameborder='0' scrolling="no"](https://datos.bancomundial.org/compartir/widget?indicadores=NY.GDP.PCAP.CD&locations=DE) (consultado en 29 de abril, 2023).
18. VV.AA. El socialismo es la mejor profilaxis: el sistema de salud de la RDA. Berlín. Documento de la Internationale Forschungsstelle. Disponible en: <https://thetricontinental.org/es/estudios-2-rda-salud.>
19. Rowland D and A V Telyukov C. Soviet health care from two perspectives. *Health Affairs* 10, no.3 (1991):71-86, doi: 10.1377/hlthaff.10.3.71.
20. Pramparo Palmira, Boissonnet Carlos, Schargrotsky Herman. Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. *Rev. argent. cardiol.* [Internet]. 2011 Ago [citado 2023 Jun 11]; 79(4):377-382. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482011000400014&lng=es.
21. PNUD. Human Development Report, 1990 (ed. esp). En: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_es_completo_nostats.pdf (Consultado el 8 de junio de 20

