

Observatorio de Salud: 1

La salud de todos y sus causas. La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud?

Joan Benach

La redacción de *Mientras tanto* tiene el placer de inaugurar el “Observatorio de Salud”, un espacio de reflexión coordinado por el “Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud - Employment Conditions Network (Greds-Emconet)” de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. En él se presentarán, con frecuencia bimensual, seis artículos sobre temas tan importantes como los procesos de privatización de la sanidad, el excesivo gasto farmacéutico, la salud laboral en los centros de trabajo y los determinantes sociales en la salud de la población. El texto que van a leer forma parte del libro *La sanidad (y nuestra salud) está en venta* (título provisional), escrito por los profesores Joan Benach, Carles Muntaner, Gemma Tarafa y Clara Valverle (y prologado por Vicenç Navarro) y que será publicado próximamente por Icària.

“La mejora de la medicina alargará la vida humana, pero la mejora de las condiciones sociales permitirá lograr ese fin más rápidamente y con mayor éxito... La receta se puede resumir así: democracia plena y sin restricciones.”

Rudolf Virchow

Salud Pública quiere decir la “salud de todas las personas”

Todos debemos tener derecho a la salud, a alcanzar el máximo nivel de salud posible. La salud es importante, y la gente lo sabe. Por ejemplo, según la segunda encuesta europea sobre calidad de vida, cuatro de cada cinco personas señala que la salud es un factor clave para tener buena calidad de vida [Eurofound, 2009]. Y es que si no tenemos salud, ¿cómo vamos a poder estudiar o trabajar en buenas condiciones? Y si uno no puede formarse o ganarse la vida, ¿qué tipo de vida va a poder tener para sí mismo o para sus hijos? Así pues, la salud es una vía de promoción de la libertad y la equidad de las personas y de los grupos sociales que viven en una sociedad dada (Sen, 1999). Desafortunadamente, como hemos visto, la mayoría de personas sigue sin poseer una situación vital, laboral y ambiental adecuada con la que poder disfrutar y compartir una vida saludable, autónoma, solidaria y gozosa.[1]

La salud o la enfermedad no es sin embargo un asunto exclusivo de los individuos. En realidad, debemos también considerar a ciertos grupos de

poblaciones o territorios como “sanos” o como “enfermos” (pensemos por ejemplo en el grupo de personas que un país determinado conforman las mujeres, que a la vez son inmigrantes y de clase trabajadora), ya que éstos acumulan los factores que aumentarán la probabilidad de tener buena o mala salud, aumentando o reduciendo el riesgo de enfermarse o de morir [Benach y Muntaner, 2005]. Cuando tenemos en cuenta la salud del conjunto de una colectividad, ya sean estos grupos de personas o territorios, hablamos de “salud pública”, de salud colectiva, de la salud de todos. La salud pública puede por tanto definirse como aquella disciplina académica y tradición profesional que tiene por objetivo conseguir la máxima salud posible para el máximo número de personas mediante la aplicación del conocimiento científico en cada contexto social, político e histórico. Así pues, es importante no confundir la “salud pública” con la propiedad pública de los servicios de salud o “sanidad pública”, que habitualmente contraponemos a la sanidad privada.

Para entender mejor las múltiples facetas que conforman la salud de la población, los epidemiólogos suelen utilizar la metáfora del “iceberg de la enfermedad”. En él se observa como la salud de una población no sólo representa la parte visible, externa, del iceberg, es decir, todo lo que tiene que ver con las enfermedades y problemas de salud visibles que aquejan a los individuos, sino también su parte sumergida, invisible, donde hay que tener en cuenta la enfermedad no registrada, la enfermedad “silenciosa” que aún no se ha expresado en forma de síntomas, y también la población que se halla en una situación vulnerable o expuesta a factores de riesgo que pueden dañar su salud [Last, 1963].

Las “causas cercanas” de la enfermedad y la salud

Las causas de la producción de la enfermedad y salud colectiva son, como es bien conocido, múltiples, muy diversas. Las más conocidas son los factores genéticos y biológicos, los “estilos de vida” relacionados con la salud (como los hábitos alimentarios, el abuso de alcohol o la adicción al hábito de fumar), el acceso y la calidad de la atención médica y sanitaria (incluyendo la hospitalaria y la atención primaria), y un amplio conjunto de factores que hoy día se conocen como “determinantes sociales” de la salud, los cuales incluyen una larga lista de causas asociadas al empleo, la economía, el medio ambiente, las políticas sociales, entre otras. Los especialistas en temas de salud y la sociedad, sin embargo, no otorgan igual peso a cada una de esas causas. Así, en la mayoría de la población predomina la visión que se conoce como “ideología biomédica dominante”, según la cual las principales causas que producen los problemas de salud colectiva deben tener que ver con “causas cercanas” de la enfermedad como son las causas de origen genético y hereditario, las “elecciones personales” o los servicios sanitarios. Sin

embargo, aún y siendo importantes, esas tres causas no permiten explicar ni la situación de salud colectiva ni las desigualdades en salud existentes en una determinada sociedad [Benach y Muntaner, 2005; CSDH, 2008]. Veamos brevemente porqué.

A pesar de los notables avances alcanzados en los últimos años, el conocimiento sobre la genética y su impacto en las enfermedades es aún muy limitado. Hay muy pocas enfermedades “puramente” genéticas y éstas afectan a un porcentaje de población muy pequeño. En segundo lugar, los factores biológicos interactúan constantemente con el ambiente y una desventaja inicial genética puede o no ser compensada mediante un cambio social. Y tercero, porque la predisposición genética casi nunca produce efectos inevitables y muchas causas de enfermedad y muerte cambian su patrón social a lo largo de los años debido a causas de origen social e histórico [Benach y Muntaner, 2005].

En cuanto a los llamados “estilos de vida” puede decirse que hoy en día alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir libremente comportamientos relacionados con la salud como llevar una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable, o tener un trabajo gratificante no nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede [Benach y Muntaner, 2005; Benach y Muntaner, *Sin permiso* 2011]. Sin embargo, los gobiernos de la gran mayoría de países continúan “inundando” a sus poblaciones con recomendaciones relativas a los “estilos de vida”. Algunos de los ejemplos que podemos seleccionar entre las recomendaciones que se hacen en la mayoría de países son las siguientes:

“No fumes, y si no puedes, fuma menos; sigue una dieta equilibrada, come mucha fruta y verduras; mantente físicamente activo; si bebes alcohol, hazlo con moderación; protégete del sol; práctica sexo en forma segura...”.

Hace una década, David Gordon, un epidemiólogo social crítico, redactó una lista de recomendaciones alternativas a las anteriores. Algunos ejemplos de su lista alternativa son los siguientes:

“No seas pobre, pero si lo eres, deja de serlo, y si no puedes, intenta no ser pobre demasiado tiempo; no vivas en una zona deprimida y pobre, pero si vives en ella, ves a vivir a otro lugar; no trabajes en un trabajo estresante, mal pagado, y con un trabajo de tipo manual; no vivas en una vivienda que sea de mala calidad, ni seas una persona “sin techo”...”.

Con esa lista, Gordon quiso reivindicar el contenido “culpabilizador de la víctima” que tienen las recomendaciones centradas en los “estilos de vida” así como la necesidad de enfatizar la importancia de los determinantes

sociales de la salud, ya que éstos influyen decisivamente en la producción de estilos de vida saludables que a su vez producirán buena salud [Gordon, 1999].

Por otra parte, tras la segunda guerra mundial, el desarrollo en varios países europeos de sistemas de salud públicos que atendían a la población según sus necesidades de salud y no según sus ingresos puso de relieve la importancia de la atención sanitaria pública. No obstante, tres décadas más tarde, la observación realizada en Inglaterra de que pese a tener el mejor sistema sanitario del mundo seguían persistiendo e incluso aumentando las desigualdades en salud [Black, 1980], puso de relieve la necesidad de entender que había otros factores sociales de tipo estructural que aún eran más importantes para determinar la salud pública y la equidad en salud. En definitiva, que el hecho de disponer de una excelente atención sanitaria, universal y de calidad, no se traduzca necesariamente en la mejora de la salud y la equidad no quiere decir que las intervenciones médicas sean innecesarias, irrelevantes, o poco efectivas sino tan sólo que su efecto global en la salud pública es menor de lo que habíamos pensado [Benach y Muntaner , 2005; Benach y Muntaner, *Sin permiso*, 2011].

Los determinantes sociales de la salud

Además de “causas cercanas” de producción de la salud como las antes apuntadas, debemos también considerar el impacto de otras causas, más generales o globales, a las que se ha llamado las “causas de las causas” [Rose, 1992]. Estas causas constituyen un conjunto de factores sociales, económicos y políticos que anteceden a la generación de las “causas cercanas”, determinando la exposición a la generación de infecciones, una dieta inadecuada, o conductas poco saludables [CSDH, 2008]. Los estudios científicos que muestran como los factores más importantes relacionados con la salud colectiva tienen que ver sobre todo con los “determinantes sociales de la salud” son hoy muy numerosos.

La desigual distribución de los problemas de salud no es, por tanto, en ningún sentido un fenómeno natural ni el producto de las “causas cercanas” ya aludidas, sino sobre todo el resultado de la combinación de las políticas sociales y económicas existentes en un determinado país. Más en concreto, señala la **Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS**, es la combinación “tóxica” de esos determinantes sociales la que daña la salud y crea desigualdades. Estos incluyen factores como la seguridad y calidad del agua y alimentos, la precariedad y la calidad de las condiciones de empleo y trabajo, las condiciones medio ambientales, la calidad de la vivienda, la existencia o no de protección y servicios sociales, u otros factores sociales de enorme importancia para determinar la salud y la equidad en salud de la

población [CSDH, 2008]. En comparación con las personas con más riqueza, educación y poder, son las clases sociales más pobres, con menos recursos y más explotadas, las que tienen los peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales, y de acceso a servicios de salud que, finalmente, se manifiestan en un peor estado de salud. De hecho, son los individuos y grupos sociales más explotados u oprimidos quienes tienen una mayor probabilidad de alimentarse inadecuadamente, tener niveles elevados de colesterol, fumar, hacer poco ejercicio físico, beber alcohol en exceso, con mayor frecuencia debido a su estrés. Las causas más importantes de ello no son ni genéticas, ni “personales” por la “libre elección” individual. Todo ello daña la biología humana, genera enfermedad y aumenta el riesgo de morir [Benach y Muntaner, 2005].

Si bien conocer la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud es fundamental para entender como se genera la salud pública y la inequidad en salud, cabe también preguntarse por el desigual origen y distribución social de esos determinantes sociales que finalmente producirán desigualdades sociales en la salud y en la calidad de vida [Muntaner y Lynch, 1999]. Las causas de los determinantes sociales se producen por las distintas elecciones y prioridades políticas de los gobiernos, las empresas, los sindicatos y las diversas fuerzas sociales que tienen algún tipo de poder político. Así pues, la desigual distribución en el poder económico y social existentes, entre y dentro de los países, es la que condiciona las políticas sociales elegidas, que a su vez influirán en la salud de las personas [Muntaner y Lynch 1999; Navarro y Shi, 2001]. Todo ello se “expresa” en forma de mala salud en aquellos grupos sociales más oprimidos o explotados por razón de su clase social, género, etnia, estatus migratorio, edad o ámbito geográfico de origen. A esas causas a las que podemos llamar “causas de las causas de las causas”, son los determinantes políticos que generan los determinantes sociales de la salud. Hoy en día, hay evidencias que muestran como los países que han tenido tradiciones políticas con mayor capacidad de negociación colectiva y redistribución social [Muntaner et al., 2010], son también aquéllas que tienen más éxito en la mejora de indicadores de salud como, por ejemplo, la mortalidad infantil. Esos países también tienen una mayor cobertura sanitaria, dedican un mayor gasto en salud y tienen menores niveles de pobreza [Navarro y Shi, 2001].

Las desigualdades de la salud

La mayoría de personas que habitan el planeta no viven actualmente con los determinantes sociales adecuados para generar el mínimo bienestar material y social con el que poder disfrutar y compartir una situación de salud que, como señalaba Jordi Gol, sea autónoma, solidaria y gozosa. Algunos ejemplos permiten ilustrarlo. Pensemos en los más de 200 millones de personas

desempleadas, que con la actual depresión económica pueden haber alcanzado los 250. Pensemos en los más de 300 millones de niños que trabajan, muchos de ellos en situación de extrema precariedad laboral o situaciones cercanas a la esclavitud. Pensemos también en la desigualdad económica entre continentes como África, que con el 14 por ciento de población sólo tiene el 2 por ciento del PIB, a pesar de ser enormemente rico en recursos y riquezas naturales, o bien en una desigualdad entre países que no ha dejado de aumentar entre 1980 (60 a 1) y el 2005 (122 a 1). Pensemos también en el hecho de la brutal desigualdad por la cual tres familias tienen la misma riqueza que 48 países pobres o en el hecho de que una quinta parte de la población del mundo tiene más del 80 por ciento de toda la riqueza.

Unas desigualdades sociales tan enormes afectan también a la salud de forma brutalmente desigual. Hoy en día mueren en el mundo unos 12 millones de niños al año antes de alcanzar el quinto año de vida. Pues bien, casi todas esas muertes ocurren en países de renta media y baja. La mortalidad infantil mundial es 81 muertes por 1.000 niños, pero sólo 7 por 1.000 en los países ricos y entre 170 y 260 por 1.000 en los países del centro de África. En estos momentos una niña sueca recién nacida tiene una probabilidad de vivir 43 años más que una nacida en Sierra Leona. En los adultos ocurre otro tanto, la desigualdad es muy grande. La esperanza de vida mundial es de 67 años, pero es de 78 en los países ricos y sólo 46 en diversos países africanos, mientras que en Zambia o Zimbawe ni tan sólo alcanza los 40. Se ha estimado que si la tasa de mortalidad infantil de Islandia se generalizase al mundo entero morirían 6,6 millones de niños menos cada año. La mortalidad materna afecta a una de cada siete madres en Afganistán mientras solo a una de cada 17.400 madres en Suecia.

Todos esos datos ilustran suficientemente bien las brutales desigualdades sociales y de salud que afectan al planeta globalmente y entre países. No obstante, el problema de la desigualdad en salud va mucho más allá que las diferencias existentes entre países. Y ello por razones muy comprensibles. La desigualdad en salud aqueja especialmente a las clases sociales más oprimidas y explotadas de la sociedad: los trabajadores y trabajadoras pobres en situación de precariedad laboral y sistemáticamente explotados, las mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, los inmigrantes en situación de ilegalidad y sin recursos objetos de discriminación, las personas excluidas, 'sin techo', o en situación de grave marginación social. Todos esos grupos sociales son objeto de diversas formas de discriminación y explotación (según su clase social, género, raza, etnia, orientación sexual, discapacidad, religión, nacionalidad, edad, enfermedad mental y su ideología política) que afecta directa o indirectamente, a su salud. La desigualdad tiene también un importante componente geográfico ya que las clases sociales más empobrecidas viven muchas veces en barrios "marginados" y sufren una

explotación, exclusión y opresión social múltiple: tienen menos recursos económicos, menos poder político, peor atención sanitaria y servicios sociales, y están más expuestos a factores de riesgo dañinos para la salud, ya sean éstos de tipo social, laboral, o ambiental. Uno de los más clamorosos ejemplos es el de Estados Unidos, uno de los países más ricos y a la vez más desiguales del mundo, donde el 10% más rico acapara la mitad de la renta de los hogares. En Estados Unidos, la diferencia en la esperanza de vida entre condados se acerca a los 20 años. Algunos condados del estado de Dakota del Sur tienen, en promedio, 12 años menos de esperanza de vida en los hombres y 17 en las mujeres que en Minneapolis o Utah. Otro ejemplo lo hallamos en *Calton*, un barrio muy pobre de Glasgow, que tiene una esperanza de vida de 54 años, 8 años menos que en la India, un país pobre. Sin embargo, apenas una docena de kilómetros al norte de Calton, en la rica zona de *Lenzie*, la esperanza de vida asciende a los 82 años, una de las más altas de Europa.

En las últimas décadas, el gran crecimiento en el conocimiento descriptivo sobre la desigualdad en salud ha permitido constatar dos rasgos generales: su *ubicuidad*, ya que la desigualdad está presente en todos los países y circunstancias donde hay información y ésta se ha analizado, lo cual ha permitido señalar que nos hallamos ante la mayor epidemia sanitaria y social del planeta; y la *consistencia* de los estudios realizados, ya que la mayoría de ellos han hallado desigualdades con características similares.[2] Pero además, los resultados obtenidos han permitido identificar cuatro rasgos generales de gran interés.[3] En primer lugar, su gran *magnitud*, ya que el impacto de la desigualdad es enorme. Por ejemplo, en los años 90 se estimaba que si las tasas de mortalidad de la población afroamericana de los EE.UU. hubieran sido iguales a las de los blancos, se hubieran evitado cerca de 900.000 muertes entre 1991 y el año 2000. Durante el mismo período de tiempo, los avances médicos sólo conseguirían evitar 176.000 muertes. La mortalidad infantil de los hijos de madre de clase trabajadora en Bolivia es de 100 por 1.000 mientras que la de los hijos de madre de clase media es de 40 por 1.000. Otro ejemplo de desigualdad social lo tenemos bien cerca, en el reino de España, donde cada hora mueren cuatro personas (35.000 muertes anuales) relacionadas con la desigualdad social. Segundo, su *gradualidad*, es decir, no existe un dintel a partir del cual empeore la salud sino que la desigualdad se extiende a lo largo de toda la escala social. A medida que descendemos en la escala social, en el nivel de riqueza o en la educación, también empeora progresivamente la salud de los ciudadanos. No se trata, por tanto, de que los más pobres, marginados o “excluidos”, tienen peor salud sino de que existe un “gradiente” de salud según el cual, cuanto peor es la situación social peor es la situación de salud. Así pues la mortalidad del quintil mas bajo de ingresos tiende a ser mayor que la del cuarto quintil, que a su vez es mayor que la del tercer quintil. Tercero, la *no reducción* de la desigualdad, ya que en una gran mayoría de casos estas desigualdades en salud no sólo no se

reducen, sino que de hecho se mantienen o aumentan. Es decir, aunque en numerosos países y regiones del mundo muchos indicadores de salud, y en especial los de mortalidad, tienden a mejorar, no ocurre así con los indicadores de la desigualdad en salud ya que se mantiene o aumenta la distancia relativa entre las clases o grupos sociales. Y cuarto, su *adaptabilidad* social e histórica, ya que, bien sea en el uso de los servicios sanitarios, en la utilización de los servicios preventivos o en la adquisición de “estilos de vida” que comportan un riesgo para la salud, los grupos sociales más privilegiados son quienes se benefician antes y en mayor proporción de las políticas e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Y ello tiene que ver con complejas causas sociales relativas a los procesos históricos que determinan la distribución de información, oportunidades, recursos y poder en cada sociedad.

Referencias:

Benach J., Muntaner C. *Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.

Benach J, Muntaner C, con Solar O, Santana V, Quinlan M. *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global*. Barcelona: Icaria, 2010.

Benach J, Muntaner C. *Paro, emergencia de salud pública*. “El periódico”, 29-03-11. Ver <http://www.elperiodico.com/es/noticias/opinion/paro-emergencia-salud-publica/955598.shtml>

Benach J, Muntaner C. *La equidad en salud es un indicador clave para valorar la justicia social*. Entrevista. Sin Permiso, 18-06-11. Ver: <http://www.sinpermiso.org>.

Commission Social Determinants of Health (CSDH). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2008.

Commission Social Determinants of Health (CSDH). *The Commission calls for closing the health gap in a generation*. Geneva: WHO, 2008.

Department of Health and Social Security (DHSS). *Inequalities in health: report of a research working group*. London:DHSS, 1980 (Black report).

Eurofound. *Second European Quality of Life Survey (2EQLS)*, 2009

European Comission, Competition DG. *Pharmaceutical sector inquiry*. Final

report, 2009.

Gordon, D. *An alternative ten tips for staying healthy*. October 10, 1999. Disponible en <http://www.socialjustice.org/subsites/conference/resources.htm>

Last, JM. *The iceberg: Completing the clinical picture in general practice*. *Lancet* 1963;6:28-31.

Muntaner C, Lynch J. *Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program*. *Int J Health Serv* 1999; 29(1):59-81.

Naciones Unidas. *Declaración Universal de derechos humanos*. Artículo 25, 1948. Disponible en <http://un.org/overview/rights.html>.

National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>, accessed 7 March 2008).

Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. *Politics and health outcomes*. *Lancet* 2006; 368 (9540): 1033-1037.

Navarro V, Shi L. *The political context of social inequalities and health*. *Soc Sci Med* 2001;52(3):481-491.

Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

Sen A. *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

[1] Según la definición del X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana de Perpinyà (1976) inspirada por Jordi Gol, la salud es una “manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa.” La salud es autónoma si existen los recursos, la educación y el mínimo número de limitaciones y el máximo de libertad. Es solidaria, es decir, se produce socialmente ya que no es concebible vivir sanamente en forma aislada. Y la salud es gozosa, proviene de un sentimiento profundo de satisfacción personal. Salud es por tanto la plenitud de la realización de cada cual, en circunstancias favorables o adversas. En: Gol J. *Els grans temes d'un pensament i d'una vida*. Barcelona: La Llar del Llibre, 1986:60-62.

[2] En este texto se han obviado los aspectos más técnicos, científicos y académicos relativos al debate sobre las características, causas e impacto de

las desigualdades en salud.

[3] Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Gaceta Sanitaria 1997; 11:255-258.

30/1/2012