

“LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: un reto para las políticas públicas.”

Cada vez resulta más evidente que podríamos evitar miles de casos de enfermedades y muertes prematuras si interviniéramos en sus determinantes sociales, en vez de centrarnos exclusivamente en los servicios sanitarios. También que existen escandalosas diferencias en salud, que son injustas y evitables, por tener su origen en la clase social, género, etnia, situación migratoria o de empleo. Es lo que denominamos desigualdades sociales en salud.

1. ¿QUÉ ES LA EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL?

Con respecto a la epidemiología social se puede señalar que se utilizan los conceptos y las herramientas de la epidemiología, pero se interesan especialmente por la relación de la salud con el contexto social. Aunque el término epidemiología ya lleva implícito el concepto social, a mediados del siglo XX hubo que añadirle la palabra social a este enfoque para diferenciarla de la epidemiología dominante (centraba sus intereses en factores individuales, en los llamados hábitos de salud o estilos de vida).

La epidemiología social tiene un precedente que es la medicina social, la cual fue un fenómeno urbano e industrial que tuvo su origen en la preocupación de los gobernantes por las clases peligrosas.

2. EL MODELO DE LA CAJA NEGRA

Centrándonos en las enfermedades crónicas podemos defender que no se podía aislar e identificar un agente único externo responsable de la enfermedad y no había, por lo tanto, una terapéutica específica dirigida a eliminar ese agente externo, la medicina solo podía poner parches para aliviar o retrasar el desenlace de las enfermedades.

Por ello se necesitaba un nuevo modelo causal para explicar la fuerza de las enfermedades, a lo que la epidemiología dominante proporcionó el modelo de la multicausalidad, la “caja negra” y los riesgos individuales. Se aseguraba que las enfermedades crónicas tenían múltiples factores causales, y el problema es que se desentendía de explicar la relación de los factores entre sí y por lo tanto, todos eran considerados en el mismo nivel de jerarquía. Todos los factores individuales eran medidos y metidos en la caja, donde la relación entre unos y otros no era considerada importante y permanecía desconocida. Lo que salía de la caja era la enfermedad, proyección de todos los factores influyentes.

El riesgo era concebido como individual y no se cuestionaban los mecanismos de producción de la enfermedad, es decir, la relación entre las desigualdades económicas, explotación o los mecanismos de dominación, con los factores socioeconómicos; y de estos con los hábitos de salud o las características fisiológicas, bioquímicas o inmunitarias.

3. ¿DÓNDE ESTÁ LA ARAÑA?

En la década de los 60 y 70 aparecen los que ahora llamamos epidemiólogos sociales. Epidemiología social, se distingue de la epidemiología dominante, pues está más centrada en factores individuales, se interesa por la relación de la salud con el contexto social, como bien indica su nombre.

Geoffrey Rose en su libro “La estrategia de la medicina preventiva” desarrolla la teoría sobre la distribución del riesgo en las poblaciones. El riesgo individual de enfermar no puede considerarse aislado del riesgo de la población a la que se pertenece, ello conduce a la necesidad de establecer estrategias poblacionales dirigidas a cambiar las condiciones estructurales. Diremos que enfoca el problema también al contexto social que rodea a la propia persona, a la realidad. En vez de preguntarnos por qué este individuo particular enferma, nos debemos preguntar por qué esta población tiene esta particular distribución de riesgo.

Mervin Susser junto con su mujer Zena Stein llevan a cabo estudios acerca de la epidemiología reproductiva y su relación con la estructura social. También tienen en cuenta la exposición acumulativa a riesgos a lo largo de toda la vida.

Nancy Krieger (especialista de los estudios multinivel) lleva muchos años dedicados a los estudios de desigualdades sociales en salud, especialmente enfocados a integrar las desigualdades de clase y género. Se pregunta que si existe una telaraña de causas, por qué no nos preguntamos dónde está la araña que ha tejido la tela, es decir, cuál es la causa última de la constelación de “factores de riesgo”.

Estos estudios muestran una compleja relación entre conductas individuales y factores materiales y que es una simpleza explicar las conductas nocivas desde la ignorancia o pereza.

4. EL ESTUDIO WHITEHALL

Este renovado interés por buscar en lo social el origen de las enfermedades está representado por el estudio Whitehall y el informe Black (del que hablaremos más adelante).

El estudio Whitehall consistió en el seguimiento durante más de 10 años del estado de salud de 17.500 funcionarios londinenses (entre 20 y 64 años). Se comprobó cómo las tasas de mortalidad eran mayores en los niveles inferiores de la escala jerárquica, en comparación con los niveles ejecutivos, cercanos al nivel político.

Señaló con claridad que los funcionarios de escalas inferiores mostraban claramente una mayor propensión a tener factores de riesgo para la salud.

Desmontó dos mitos:

- las clases altas no están más sometidas a supuestos riesgos derivados de la responsabilidad.
- introduce el concepto de gradiente: las diferencias se producen en todos los grupos y no solo entre los más aventajados y los más desfavorecidos.

5. EL INFORME BLACK

El informe Black fue un estudio dirigido por el presidente del colegio de médicos del Reino Unido tras revisar las evidencias y estudios disponibles se concluía que había diferencias más marcadas entre clases ocupacionales en ambos sexos y en todas las edades; sus conclusiones demostraron que el riesgo de morir es mayor en las clases más desfavorecidas y esta diferencia había aumentado en los últimos años por factores socioeconómicos como los ingresos, el paro, educación, vivienda...

Se afirma que la defensa de una sanidad pública y universal es muy importante, pero no es suficiente para reducir las desigualdades sociales en salud, y por lo tanto, sanidad no puede ser un sinónimo de salud. ¿Qué había fallado?. Las desigualdades tan fuera del sistema público de salud y los comportamientos de uso resultan diferentes y desiguales.

6. ¿QUÉ ENTENDEMOS ACTUALMENTE POR DESIGUALDADES EN SALUD?

Se asegura que las enfermedades “no caen del cielo”, no se distribuyen por azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos.

Los numerosos determinantes sociales se desvelan de la enfermedad y ponen en evidencia la debilidad científica de la ideología dominante, según la cual enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia biológica, nuestros hábitos de salud libremente elegidos, el descubrimiento de una nueva tecnología médica... Es decir, que la salud sería prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos. Enfermar dependería del destino o sería fruto de una decisión individual previa.

Si accedemos a aceptar que enfermaremos más, moriremos antes y con peor calidad de vida dependiendo del país o familia donde hemos nacido, barrio al que pertenecemos... , es decir, dependiendo del contexto social, tendríamos que luchar por una sociedad más justa, si queremos mejorar la salud de todos. La salud pasa, de esta manera, a ser un tema médico a convertirse en un asunto ético, social y político, en el que todos tenemos algo que decir. Esta dimensión ética de la que hablamos se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero que además se consideran injustas (por ej. un accidente esquiando y una persona se rompe la pierna).

Sin embargo, tener más posibilidad de enfermar por estar expuesto a un riesgo laboral o tener una esperanza de vida menor por ser de clase trabajadora es una clara inquietud en salud.

Así pues, para que una diferencia o desigualdad en salud sea considerada una desigualdad social en salud, tienen que darse dos condiciones:

- que se la considere socialmente injusta
- que sea potencialmente evitable (que haya instrumentos para haberla evitado)

Las desigualdades sociales en salud, son, por tanto, las diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de salud entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

7. ¿QUÉ HACER? LAS SOLUCIONES “CORRIENTE ARRIBA” O “CORRIENTE ABAJO”

Los estudios de desigualdades sociales en salud no solo pretenden demostrar la asociación entre determinantes sociales y estados de salud, sino intervenir sobre esos determinantes para mejorar la salud de la población. Para ello, hace falta disponer de conocimientos sobre dónde y cómo intervenir. Es decir, también debemos investigar los mecanismos o vías por los que se producen las diferencias en salud, a partir de las diferencias sociales.

Se ofrecieron soluciones, como por ejemplo soluciones “corriente arriba” o “corriente abajo” y respecto a ejemplos de intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud podemos ofrecer los siguientes.

- en el manantial del río: cambios en las reglas de acceso y distribución de la riqueza, o en las prioridades del gasto público.
- en el curso alto del río: aumento de las oportunidades de empleo, abolir el empleo precario, prevenir el fracaso y abandono escolar, o reducir la pobreza.
- en el curso medio del río: acceso a vivienda de calidad, intervenciones de psicohigiene, aumento de la cohesión social o cambio de conductas nocivas en grupos desfavorecidos.
- en el tramo final: mejora de los cuidados de salud a los desfavorecidos.

8. LAS GRANDES POLÉMICAS

● Factores materiales frente a factores psicosociales

Una de ellas se pregunta si, a la hora de abordar los llamados factores intermedios, debemos concentrarnos en eliminar la privación material o si son los factores psicosociales los elementos fundamentales a considerar.

Las clases más desfavorecidas tendrían una mayor susceptibilidad general a las enfermedades, al tener que enfrentarse a situaciones de estrés psicosocial que, mediante su recuperación en mecanismos fisiológicos y conductas, pueden favorecer la enfermedad. Por otra parte, los recursos materiales de alguna relevancia en la vida cotidiana tienen asociado un significado psicosocial.

● Desigualdad absoluta vs. desigualdad relativa

La desigualdad relativa se refiere a la distancia de posición social y riqueza entre los más ricos y más pobres en un país, región o vecindario, independientemente del nivel de riqueza absoluta de cada clase o estrato social.

Esta disyuntiva a veces se expresa como la hipótesis del ingreso absoluto o relativo. En la hipótesis del ingreso absoluto, la salud individual solo depende del propio nivel de ingreso, mientras que en la hipótesis de ingreso relativo, la salud individual depende también de los ingresos de los otros en la sociedad, depende del rango en la distribución de los ingresos, de la distancia entre el ingreso individual y el ingreso medio.

- **Capital social frente a capital monetario**

El capital social se refiere a las conexiones entre los individuos y las redes sociales, y las normas de reciprocidad y confianza resultantes. Las sociedades más igualitarias tendrían mayor cohesión social, mayor confianza en el vecino o vecina y mayor orientación hacia la solidaridad, lo que permitiría que las personas en peor situación material pudiesen enfrentarse mejor a los retos de la vida cotidiana y mejorar su situación. Las sociedades más sanas tienen mayor cohesión social.

- **Personas insanas frente a lugares insanos**

Muy relacionada con la anterior, está la polémica sobre si se debe dar más o menos importancia al efecto sobre la salud del lugar o del contexto. “No solamente importa quién eres, sino donde vives”. Otorgar importancia a los contextos que dan razón de variaciones espaciales en salud.

- **Perspectiva de la trayectoria vital**

La enfermedades ocurren como consecuencia de una exposición prolongada a factores de riesgo a lo largo de la historia vital, por lo que existe una mayor vulnerabilidad entre quienes presentan situación de fragilidad social desde la infancia. Las desigualdades sociales en salud se deberían, pues, a un efecto acumulativo de desventajas a lo largo de la vida.

9. LAS POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN EUROPA

Necesidad de pasar del estudio a la intervención.

Las diferencias entre unas y otras políticas se podrían resumir en cuatro aspectos:

- orientación hacia las poblaciones más desfavorecidas o hacia todo el gradiente social. Se centró en las áreas más desfavorecidas.
- énfasis en los estilos de vida o en los determinantes sociales estructurales.
- el nivel de compromiso político: desde limitarse a ser una prioridad de un departamento de la administración de salud, pasado por ser un compromiso de gobierno de carácter interdepartamental.
- el nivel de enunciación de las metas en términos cuantitativos y de evaluación.

10. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN SOBRE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

- Evaluación sobre el impacto diferencial de intervenciones de salud pública en distintos grupos sociales.
- Investigaciones metodológicas para desarrollar vías de evaluación de un conjunto de intervenciones o “sistemas de políticas públicas”.
- Investigaciones que utilicen más “experimentos naturales políticos” con el fin de ayudar a evaluar el impacto sobre la salud y las desigualdades sociales en salud de políticas públicas más amplias.

Por otra parte, tenemos que revisar nuestras clasificaciones de clase social e incorporar mejor el eje de la desigualdad por la situación de empleo. Entre los retos a este respecto, están:

- repensar la agrupación de clases manuales frente a las no manuales, a la vista del peso que tienen las actividades de servicios en las clases bajas.
- considerar la multidimensionalidad de la identidad ocupacional.
- considerar las condiciones de empleo como un determinante muy “corriente arriba” de las desigualdades sociales en salud, que determina no solamente las condiciones de trabajo y los factores intermedios de las desigualdades sociales en salud sino la propia posición socioeconómica.
- captar los extremos de la pirámide social, debemos esforzarnos en captar a los excluidos del mercado de trabajo.
- estudiar el efecto acumulativo y sinérgico de los factores de la multivulnerabilidad social frente a la salud.