Bases sociales de las disparidades en salud

FINN DIDERICHSEN, TIMOTHY EVANS Y MARGARET WHITEHEAD

Ninguna variación de la salud de los estados europeos es fruto del azar; es el resultado directo de las condiciones físicas y políticas en las que viven las naciones.

William Farr, 1866

La percepción de William Farr de la naturaleza no aleatoria de las variaciones de salud entre los estados sigue siendo tan válida a principios del siglo XXI como lo era a mediados del XIX, y quizás aún más. Pese a la creciente capacidad de las sociedades para aumentar la longevidad y combatir las enfermedades, es muy preocupante la persistente omnipresencia de variaciones en materia de salud entre los países y dentro de ellos. Algunos podrían tratar de culpar a las tendencias de la asistencia sanitaria y de la investigación médica que prestan una atención excesiva a los individuos y a sus riesgos de enfermedad, biológicos y de comportamiento, dejando en un abandono relativo a los segmentos de población y a las fuerzas sociales que crean las diferencias sanitarias. Este punto de vista provoca vivos debates entre los investigadores de la salud, pues algunos consideran que debe hacerse una investigación clínica más profunda acerca de las causas proximales de la enfermedad (Rothman et al. 1998), mientras que otros destacan los avances sanitarios que podrían lograrse mejorando los conocimientos sobre los determinantes situados en posiciones más distales o alejadas (McKinlay 1993; Krieger 1994).

En este capítulo se adopta la posición de que, si queremos conocer e intervenir para corregir las inequidades sociales en relación con la salud, debemos buscar tanto en las causas más profundas imbricadas en los mecanismos de la sociedad como en los mecanismos de la biología humana y en los aspectos clínicos relacionados con la forma en que las personas afrontan la enfermedad y la incapacidad. Este no es, de ninguna manera, un pensamiento radical. Ya en el siglo XIX, en todos los lugares en que existía la combinación de pensamiento epidemiológico crítico, disponibilidad de datos sanitarios y movimientos de salud pública bien organizados surgió un interés creciente por las causas sociales, físicas y biológicas de las enfermedades epidémicas (Beaglehole y Bonita 1997). Nosotros proponemos que una combinación similar de pensamiento claro, datos sólidos y movilización política son los componentes claves para progresar en la corrección de las actuales inequidades en salud.

La bibliografía cada vez más abundante sobre los determinantes sociales de la salud (Marmot y Wilkinson 1999; Blane et al. 1994; Kuh et al. 1997) señala las diferencias sustanciales de salud entre los distintos sectores de población, diferencias que ponen en juego nuestro sentido de la justicia y suscitan nuestra curiosidad científica. Aunque se trata de un campo en rápida evolución, existen diversas generalizaciones emergentes que merece la pena resaltar.

1. Los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no solo en las sociedades "ricas". La "ubicuidad, tanto en el tiempo como en el espacio, del patrón observado de vinculación

sistemática de una peor salud y esperanza de vida más corta, se asocia con posiciones sucesivamente más bajas en cualquier sistema de estratificación social" (McIntyre 1998). Este hecho contradice la idea, más antigua, de que la existencia de una privación material absoluta y generalizada en algunas sociedades significa que la mayor parte de su población debe sufrir una mala salud, y que, por tanto, las diferencias entre los distintos sectores son escasas (Antonovsky 1967). También contradice la idea de que la pobreza absoluta es el principal determinante de las inequidades en salud, ya que existen gradientes en todos los países y sectores, incluso en las zonas donde la privación material es menos prevalente. De hecho, las inequidades en salud no desaparecen cuando se logra la supervivencia de todos (Stephens 1998).

2. Se conoce poco acerca de los mecanismos fisiológicos que vinculan los factores sociales con los resultados finales de salud, aunque existen algunos campos de investigación interesantes que podrían arrojar alguna luz, como sucede con las vías socioneuroendocrino-inmunitarias (Karasek y Theorell 1990) y la programación biológica (Barker 1998). ¿Qué importancia tiene el "estrés biológico" en lo que concierne a los comportamientos relacionados con la salud (Brunner y Marmot 1999)? ¿Cuáles son los efectos precisos sobre la biología humana del aislamiento social prolongado, la ruptura social, un nivel social bajo, las tensiones laborales y la inseguridad en el empleo? Las pruebas iniciales apoyan un mecanismo fisiológico en el que interviene la alteración funcional de las principales vías neuroendocrinas del estrés e indican que la hipótesis psicosocial no es solo verosímil, sino una importante consideración de la política social.

3. La conceptualización de los determinantes sociales de la salud es limitada, aunque se halla en rápida evolución. Tradicionalmente, los determinantes sociales se identifican como características del individuo, tales como la estructura de apoyo social que lo respalda, sus ingresos o su situación laboral. Sin embargo, las poblaciones no son meros agregados de individuos: las causas de la mala salud se agrupan en patrones sistemáticos y, además, los efectos en un individuo dado pueden depender de la exposición y de los resultados finales en otros individuos. La forma en que organizamos las comunidades, los lugares de trabajo y las sociedades en la escala nacional y mundial más amplia no podrá entenderse ni medirse si solo nos fijamos en los individuos. Los atributos de la comunidad no específicos de los individuos, como el capital o la cohesión sociales, y los procesos tales como la "globalización" desafían la caracterización individual de los factores sociales (Kawachi y Kennedy 1997; Waitzman y Smith 1998).

Estas importantes conclusiones extraídas de la literatura sobre los determinantes sociales ejercen (y seguirán ejerciendo) gran influencia en nuestro creciente conocimiento sobre las inequidades en salud. Aumenta ahora el interés por una investigación más explícita de los complejos aspectos que giran en torno a la imparcialidad de las desigualdades en salud, con la idea de diferenciar las variaciones en salud de las inequidades en salud (véase el capítulo 3 sobre Ética). Una parte de esta distinción implica estudiar los factores que producen estas diferencias de salud. En la medida en que estas causas están relacionadas con disposiciones sociales modificables, tales como el acceso a la asistencia sanitaria o las oportunidades de trabajo, pueden ser consideradas injustas. Por tanto, un análisis exacto de los orígenes sociales de las diferenciales de salud podría revelar los puntos de partida políticos para una acción eficaz destinada a corregir las inequidades. En este capítulo se presenta una de estas estructuras de pensamiento en relación con las bases sociales de las inequidades en salud.

Un marco para el conocimiento de los orígenes sociales de las inequidades en salud

La generalizada orientación clínica de la epidemiología hace que, en la mayoría de los casos, se identifiquen los atributos "individuales" que diferencian los riesgos para la salud. Estos factores son la edad, el sexo, los hábitos alimentarios, el consumo de tabaco y alcohol, el peso y la presión arterial. La abundante literatura sobre los determinantes sociales de la salud insiste en que muchos de estos factores de riesgo individual se agrupan alrededor de la *posición social* de la persona (o están fuertemente asociados con ella) y de las características de su *contexto social* más amplio, por ejemplo, su lugar de residencia (rural o urbana), su entorno laboral o las políticas sociales y económicas más generales de la sociedad. Por ejemplo, a menudo se encuentra relación entre las posiciones sociales, medidas según los niveles educativos, la profesión o los ingresos, y un conjunto completo de riesgos sanitarios individuales, tales como el consumo de tabaco o una dieta de mala calidad. Además, el contexto y la posición sociales también pueden desempeñar un papel importante, compensando o predisponiendo a distintos sectores de población a las "consecuencias sociales" de las

enfermedades o las lesiones. Para resultar práctico, todo marco debe captar la idea de que las vías finales fisiológicas que conducen a la mala salud individual se encuentran inextricablemente ligadas a las condiciones sociales.

Además, la articulación de las acciones efectivas para corregir las inequidades en salud es compatible con el descubrimiento de las vías por las que el contexto y la posición sociales se relacionan con los resultados finales de salud y las consecuencias sociales de la enfermedad. Para llegar a este fin, utilizamos una estructura desarrollada por Diderichsen y Hallqvist (1998) y definida por cuatro mecanismos que desempeñan un papel en la generación de las inequidades en salud: la estratificación social, la exposición diferencial, la susceptibilidad diferencial y las consecuencias diferenciales. Para cada uno de estos mecanismos se identifican los puntos de partida políticos. En las secciones siguientes, se analizará por turno cada uno de los componentes, tal como se ilustra en la Figura 1.

Estratificación social (Mecanismo I)

Contexto social es una frase deliberadamente amplia e indeterminada, que se utiliza para hacer referencia a toda una gama de factores sociales que no pueden medirse directamente en el nivel individual. Por tanto, el contexto comprende la estructura, la cultura y la función de un sistema social dado. Aunque no existe una definición sociológica o epidemiológica de contexto social, hay cuatro razones para establecer sus vínculos con la salud y su distribución.

La primera se refiere al tema de la medición: determinados riesgos de enfermedad no son característicos de los individuos y solo pueden medirse en grupos o niveles sociales. A menudo, los indicadores del contexto se miden como agregados de las características de los componentes de una población; así ocurre, por ejemplo, con el promedio de ingresos o las tasas de desempleo. En otros casos, para capturar los aspectos del contexto social que no son simple función de la agregación de las características individuales, hay que utilizar medidas integrales como la legislación, las pautas culturales y las disposiciones institucionales (Diez-Rouz 1998).

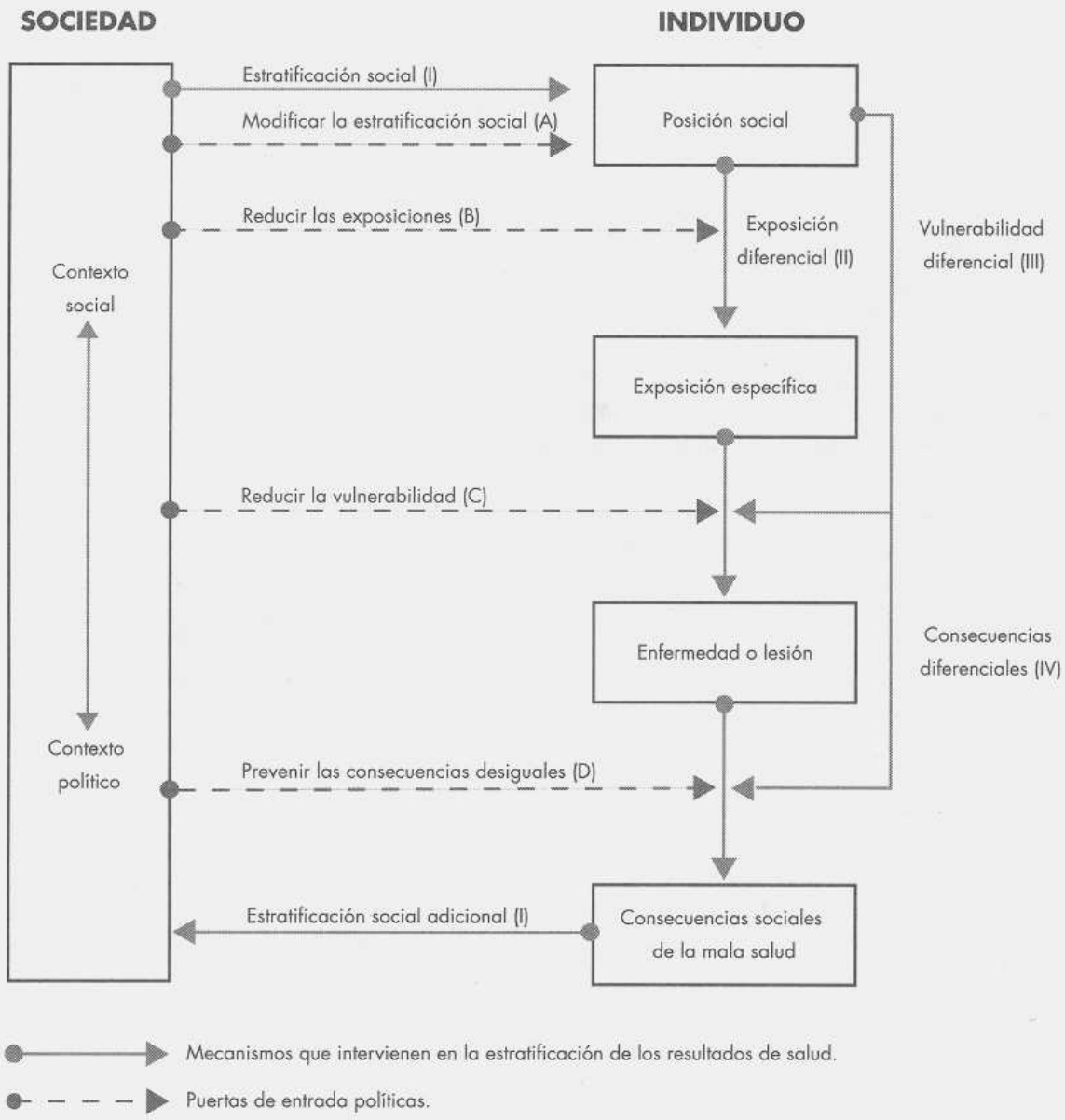
La segunda es la existencia de un aspecto conceptual: no puede considerarse que una población es solo una colección de individuos independientes. Por el contrario, hay que admitir que la población es también un sistema social en el que son importantes la distribución y el agrupamiento tanto de las exposiciones como de los resultados finales de salud, y en el que los contactos entre individuos "susceptibles" y "contagiosos" son cruciales para la transmisión de los agentes infecciosobiológicos y de los comportamientos sociales (Koopman y Longini 1994).

La tercera deriva de una consideración etiológica: la estructura y la cultura del contexto social (el ambiente social) contribuirían a las causas de las enfermedades y lesiones. Conocemos vecindarios donde las normas permiten que la violencia prevalezca, e industrias y lugares de trabajo donde los reglamentos organizativos provocan estrés, con sus consiguientes efectos fisiopatológicos (Syme 1994; Hallqvist et al. 1998).

La cuarta y última es que el contexto social abarca los mecanismos centrales de la sociedad que generan y distribuyen el poder, la riqueza y los riesgos. Como ejemplos pueden citarse los modelos educativos, las políticas laborales, las normas sobre géneros y los sistemas de representación política. Estos mecanismos existen en los ámbitos local, regional, nacional y mundial. Muchos dirían que los mecanismos mundiales son ahora más fuertes que nunca, mientras que los nacionales se debilitan (véase el capítulo 4 sobre Globalización). Los flujos de los recursos mundiales, la migración humana, los pagos de la deuda y la extensión de las empresas multinacionales son solo algunos ejemplos de aspectos del contexto social que ejercen una gran influencia en las condiciones relacionadas con la salud de las poblaciones de muchos países.

Los individuos de una sociedad se definen en parte por su relación con el contexto social. Nos referimos al concepto de "posición social" para describir el "lugar" o estrato social de una persona dentro de la sociedad en la que vive. Estas posiciones (o clases) sociales, identificadas, por ejemplo, según el trabajo de los individuos, existen hasta cierto punto con cierta independencia de las personas que las forman (Sørensen 1994). En algunos países, el sexo, la raza o la religión establecen en forma determinante la posición social ocupada por la persona. Las posiciones sociales derivan de un contexto social concreto o están generadas por él, lo que significa que las clasificaciones de la posición social varían entre sociedades con distintas estructuras industriales o económicas. En las sociedades muy industrializadas, con un mercado de trabajo minuciosamente organizado por categorías profesionales, las clasificaciones laborales detalladas pueden ser una medida adecuada de la posición social, mientras que en las sociedades fundamentalmente rurales y agrarias, en las que existen infinidad de actividades generadoras de ingresos, la propiedad de la tierra o el tamaño de la vivienda podrían reflejar la posición social con mayor exactitud que el tipo de trabajo. En muchos países, el

Figura 1 Marco para dilucidar las vías existentes entre el contexto social y los resultados de salud y para introducir las intervenciones políticas



Fuente: adaptada de Diderichsen y Hallqvist 1998

marcador principal de la posición social puede ser la raza, de modo que el origen étnico de una persona sea el que establezca sus probabilidades de empleo, sus ingresos y su lugar más probable de residencia. El concepto de "nivel socioeconómico" suele usarse como sinónimo de "posición social", pero tiende a no guardar una relación explícita con las teorías de las fuerzas económicas y políticas que generan la falta de equidad (Sørensen 1994).

El contexto social puede conducir a la equiparación de las oportunidades para los individuos a través, por ejemplo, de la igualdad de derechos de los ciudadanos o el acceso universal a la asistencia sanitaria (Mecanismo I, Figura 1), pero también puede ampliar las desigualdades entre los miembros de la sociedad, como sucede cuando la amplitud y la forma de los beneficios sociales dependen de la ciudadanía o del trabajo. En todas las sociedades, los recursos más valorados se distribuyen de manera desigual entre las distintas posiciones sociales (Grusky y Takata 1992). Es típico que los individuos o las familias que ocupan las posiciones más ventajosas disfruten de una parte desproporcionada de los recursos más valorados (por ejemplo, propiedad, poder o prestigio). En este sentido, el proceso

de estratificación social es una característica inevitable del contexto social y tanto asigna el poder y la riqueza a las posiciones sociales como selecciona a los individuos que han de ocupar las distintas posiciones. Además, las diferentes dimensiones de las posiciones sociales pueden agruparse o desplazarse en la misma dirección. Así, es más probable que una persona que forma parte de un grupo étnico minoritario alcance, por término medio, un nivel educativo más bajo, tenga menores oportunidades laborales y perciba menos ingresos que un miembro del grupo étnico mayoritario. En los Estados Unidos, este proceso dio lugar a la concentración de estadounidenses de origen africano en barrios urbanos con elevados índices de pobreza y escasas oportunidades (tanto educativas como de empleo) (Wilson 1987).

La relación entre el contexto social y la forma en que las personas se distribuyen en determinadas posiciones sociales es un aspecto esencial de las diferenciales sociales de salud. La línea que separa las desigualdades de las inequidades en salud depende de si las disposiciones sociales subyacentes, que determinan las oportunidades para obtener salud (y otros resultados finales sociales), son justas o injustas (véase el capítulo 3). A su vez, la justicia está vinculada tanto a la forma en que el poder y la riqueza se distribuyen o "ajustan" a determinadas posiciones sociales, como a la forma en que los individuos se adaptan a estas. Antes de examinar las asociaciones entre los factores de riesgo o los resultados finales de salud y una posición social dada, es posible valorar la imparcialidad de los contextos sociales. La estructura y la función de determinadas instituciones y disposiciones sociales podrían juzgarse simplemente "injustas" si, por ejemplo, coartaran la movilidad de la mujer, defendieran el racismo institucionalizado o limitaran el acceso a la educación primaria en función de la capacidad de pago. Stephens (1998: 302) sostiene que las inequidades estructurales en la distribución del control de los recursos y las oportunidades para obtener mayor control constituyen el núcleo central de las inequidades en salud. Por ejemplo, en muchos países en desarrollo, los que tienen menos acceso al agua potable son los pobres que, además, pagan precios más altos que los ricos y obtienen agua de peor calidad (Stephens 1998).

Por el contrario, un contexto podrá ser juzgado "justo" si existe un salario mínimo, si los impuestos son progresivos y si el acceso a la asistencia sanitaria es universal. Pueden existir contextos sociales en los que un ordenamiento intrínseco se considera justo o tolerable, por ejemplo, la posición en la escala laboral o el logro educativo, pero cuya asociación con desventajas en otros resultados finales importantes tales como el estado de salud despierta sospechas sobre su equidad. Un buen ejemplo es el que presenta el estudio sobre la salud del funcionariado británico, el Whitehall Study (Marmot et al. 1978). El hecho de que exista una clara jerarquía laboral, con funcionarios públicos de alto nivel que cobran salarios más elevados que los empleados de las categorías inferiores siguientes, puede no producir, por sí solo, una gran sensación de injusticia; pero la fuerte asociación entre descenso en la escala laboral y peor salud puede considerarse muy injusta. Estas inequidades en salud, fuertemente relacionadas con la posición y el contexto sociales, son ejemplos aleccionadores de las múltiples expresiones de la injusticia.

Exposición diferencial (Mecanismo II)

Lo ideal sería que una teoría clara y sólida de la estratificación social, complementada con nociones compartidas de lo que es equitativo, informara sobre la selección de los indicadores adecuados del contexto y la posición sociales para el estudio de las inequidades en salud. La teoría debería ampliarse y postular los mecanismos potenciales que vinculan el contexto y las posiciones sociales con los resultados finales de salud. La cuestión es "cómo las fuerzas sociales, que oscilan entre la violencia política y el racismo, se encarnan en la patología individual" (Farmer 1999). Un resultado llamativo es que muchas enfermedades, cada una de ellas con sus distintos factores de riesgo establecidos, muestran patrones sociales similares, fenómeno al que se denomina *hipótesis de la susceptibilidad generalizada* (Berkman y Syme 1976). Una manifestación esencial de la teoría que relaciona las inequidades sociales con la salud es el mecanismo de la "exposición diferencial": la idea de que cada posición social tiene sus propios patrones específicos de riesgos para la salud (Mecanismo II, Figura 1).

En los distintos sectores sociales, las exposiciones pueden variar según su tipo, cantidad y duración. A igualdad de factores, estas exposiciones diferenciales podrían explicar el exceso de riesgo de mala salud asociado a las posiciones sociales más bajas a través de una amplia gama de enfermedades concretas. Por ejemplo, los trabajadores no especializados del sector servicios suelen ganar poco, y a menudo tienen un escaso control sobre sus trabajos y menos libertad para elegir formas de vida sanas. Como es probable que sus padres también fueran pobres, pudieron verse expuestos incluso a condiciones adversas durante su primera infancia, por ejemplo, a una nutrición deficiente. En los Estados Unidos existen pruebas crecientes de relación entre exposiciones ambientales y clase social. Los resultados relativos a una amplia

variedad de contaminantes, muestran que una posición social baja se asocia a trabajos y viviendas que suponen riesgos mayores de exposición tóxica, lo que a su vez conduce a agresiones tóxicas y a incapacidad (Schell y Czerwnyski 1998). En el mundo en desarrollo, las exposiciones asociadas a la vida en un ambiente empobrecido abarcan las enfermedades que se transmiten por el aire y el agua como la difteria, la tuberculosis, el cólera, la fiebre tifoidea, la hepatitis infecciosa, la fiebre amarilla y el paludismo.

Las conclusiones relativas a las exposiciones diferenciales se potencian por una perspectiva emergente de "curso de la vida", según la cual las ventajas y desventajas se acumulan a lo largo de la vida, lo que implica que no basta una única valoración instantánea de las inequidades en salud (Bartley et al. 1997). La acumulación de riesgos sanitarios, e incluso la transmisión intergeneracional de riesgos para la salud generados socialmente (como la transferencia de la acumulación de plomo de la madre al hijo a través de la placenta), hacen necesaria una lente de gran angular para estudiar las exposiciones diferenciales y captar todos los riesgos que se corren a lo largo de la vida, asociados a exposiciones en todas las edades (Power et al. 1996; Holland et al. 2000; Schell y Czerwnyski 1998).

Vulnerabilidad diferencial (Mecanismo III)

El agrupamiento de las exposiciones nocivas para la salud a lo largo de los gradientes sociales guarda una estrecha relación con el tercer mecanismo, la "vulnerabilidad diferencial". El impacto sanitario de una exposición concreta dependerá de si existen o no otras causas o factores de riesgo asociados. Como las personas de posiciones sociales más bajas suelen estar expuestas a muchos factores de riesgo diferentes, y como estos pueden interactuar entre sí, la vulnerabilidad al efecto de una causa específica podría ser mayor en ellas que en los miembros de los sectores sociales más privilegiados (Hallqvist et al. 1998). En esencia, esta teoría postula que aunque un factor de riesgo determinado se distribuya en forma homogénea entre los sectores sociales, su repercusión en la salud puede ser desigual debido a las diferencias subyacentes entre ellos en cuanto a su vulnerabilidad o susceptibilidad en relación con ese factor (Mecanismo III, Figura 1).

Esta vulnerabilidad podría reflejar también diferencias entre las defensas biológicas contra los factores que deterioran la salud de los grupos sociales. Así, las defensas inmunitarias de los miembros más vulnerables de la población (niños y ancianos) pertenecientes a ciertos grupos sociales podrían estar tan deterioradas, o resultar superadas en grado tal, que una exposición determinada magnifique o acentúe en ellos su impacto en la salud. Un concepto similar es inherente a la idea de la programación biológica, según la cual parece que los adultos corren mayores riesgos de enfermedad crónica por haber sufrido un estado de privaciones durante los períodos críticos del desarrollo intrauterino (Barker 1998). Las diversas teorías sobre la susceptibilidad ayudarían a explicar la elevación espectacular del grado de mala salud debida a causas crónicas en los varones del estrato socioeconómico más bajo verificada en Europa central y oriental durante la crisis económica (Kristenson 1998).

El concepto de vulnerabilidad puede ampliarse desde la esfera biológica a la social. Así, se sostiene que la vulnerabilidad a la mala salud de las mujeres africanas deriva de su falta de acceso a la educación, de su mayor carga de trabajo, de sus mínimas posibilidades de generar ingresos y de la probabilidad de que algunas acaben formando parte del comercio sexual (Kalipeni 2000). Algunos autores señalan que, aunque se viva en la pobreza absoluta, el control psicosocial paterno sobre los recursos, aunque sean muy escasos, ejerce una influencia importante en la morbilidad y la mortalidad infantil debidas a las infecciones (Leon y Walt 2000). Estos aspectos relativos al control, al apoyo social y al bienestar psicológico aparecen fuertemente ligados a las nociones de vulnerabilidad diferencial a la mala salud.

Es importante señalar que estas teorías de vinculación entre la posición social y las inequidades en salud no son mutuamente excluyentes. Es probable que tanto la exposición diferencial como la vulnerabilidad diferencial contribuyan a la falta de equidad en salud observada a lo largo de la escala social. Además, reflejan una base conceptual para el conocimiento del riesgo diferencial y, como tales, no sustituyen a la investigación sobre las vías que determinan los gradientes específicos. Por ejemplo, en el caso de Chile tratado en el capítulo 10, existe una fuerte relación entre el nivel educativo y la mortalidad. Para explicar esta relación hay que conocer la forma en que la educación influye en las condiciones de vida individuales, los comportamientos y el estado psicológico. Así, se planteó la hipótesis de que el efecto de la educación se produce mediante una o varias de las siguientes vías: 1) el mercado de trabajo y las condiciones familiares y económicas permiten a los individuos más educados conseguir los empleos menos peligrosos y mejor pagados; 2) las personas más educadas tienen más probabilidades de evitar los riesgos para la salud, por ejemplo el hábito de

fumar y de participar en las conductas preventivas, tales como los exámenes físicos periódicos y la atención prenatal, y 3) la mayor educación posibilitaría un estado psicológico y social más elástico (sensación de control o de la propia eficacia) (Levine et al. 1994).

Mala salud debida al diferencial social (y económico) (Mecanismo IV)

Lo mismo que Amartya Sen defiende la necesidad de trascender la idea del ingreso por el ingreso mismo (Sen 1999), las consecuencias sociales de la enfermedad trascienden la defensa de la salud por la mera salud. Ciertos acontecimientos, tales como los accidentes o el comienzo de una enfermedad crónica, suelen alterar la vida de las personas de manera dramática. La pérdida de una extremidad puede impedir la realización de determinados trabajos manuales, mientras que una dificultad en el lenguaje debida a un accidente cerebrovascular puede reducir gravemente las interacciones sociales. La mala salud puede iniciar una espiral descendente de gastos excesivos dedicados a la asistencia sanitaria y pérdida de ingresos procedentes del trabajo, espiral que a su vez incrementa el riesgo de empeoramiento de la salud. Por tanto, las "consecuencias sociales" se refieren al impacto que determinados episodios de enfermedad pueden ejercer en las circunstancias socioeconómicas de las personas y sus familias.

El contexto social subyacente y la estratificación social pueden conducir a una distribución no equitativa de las consecuencias sociales de la mala salud. En un sistema sin redes de seguridad social, tal como la asistencia sanitaria universal o sin subsidios de desempleo o invalidez, los individuos y sus familias deben absorber los costos directos de la asistencia sanitaria y de la pérdida de ingresos debida a la imposibilidad de trabajar. Aunque este fenómeno afecta por igual a las personas de todas las posiciones sociales, la capacidad de los individuos para afrontar estos costos es extraordinariamente variada en función de sus circunstancias socioeconómicas. En general, los que pertenecen a los sectores más ricos pueden absorber más costos, a menudo disponen de pólizas de seguros privados, y no es probable que hagan recaer los costos sobre otros miembros de la familia ni que incurran en deudas importantes. Por otra parte, el colchón económico de los grupos más pobres es menor, tienen menos probabilidades de pagar o invertir en seguros privados y a menudo se ven forzados a encontrar nuevas fuentes de ingresos, bien a través de otros miembros de la familia, bien cargándose de deudas agobiantes (Mecanismo IV, Figura 1).

Estas cuatro diferencias en la capacidad para resistir los choques externos provocan desviaciones de los costos y de las consecuencias de la enfermedad en contra de los estratos socioeconómicos más bajos. Incluso en entornos en que el contexto social proporciona fuertes redes de seguridad tendientes a la equidad, por ejemplo, un sistema de seguro sanitario universal, la escasez de las "reservas" de los sectores más pobres en términos de ingresos disponibles mínimos y escasas posesiones supone una mayor probabilidad de que se distancien aún más de los grupos privilegiados. Las consecuencias adversas para el bienestar superan a menudo a la persona y se extienden a su familia. En concreto, cuando un padre o proveedor de ingresos cae enfermo, los ingresos familiares destinados a la alimentación, la educación y la asistencia sanitaria de los hijos disminuyen (Pryor 1989; Evans 1989). El costo de la asistencia sanitaria puede empujar a las personas hacia la pobreza si los individuos con enfermedades graves o crónicas han de sufragar por sí mismos una parte sustancial de los gastos. La importancia de los gastos sanitarios catastróficos como causa principal de empobrecimiento se confirmó en un estudio mundial sobre 60.000 personas pobres titulado *Voices of the Poor* (Narayan et al. 1999).

A mayor escala, la prevalencia de las enfermedades causantes de pobreza puede superar las posibilidades de afrontamiento no solo de los grupos más marginales de la población, sino también de la totalidad del sistema. Quizá no haya otro ejemplo más rotundo que el del África actual, donde el sida alcanza tales proporciones que amenaza el desarrollo de todo el continente. Por ejemplo, en Tanzanía se calcula que, debido a la existencia del VIH/sida, el producto interno bruto es entre 14% y 24% menor de lo que podría haber sido sin la epidemia (Banco Mundial 1993). En Zimbabwe se prevé que, para el año 2005, el VIH/sida consumirá 60% de los presupuestos sanitarios (UNICEF 1999). En Côte d'Ivoire se pierde cada día un maestro de escuela a causa del sida (Piot, comunicación personal 2000). Por tanto, los efectos empobrecedores de la enfermedad son evidentes a escala mundial, con poblaciones y naciones enteras mutiladas por los costos catastróficos de la pandemia de sida y, como consecuencia, es probable que tenga lugar una mayor estratificación global de las naciones.

Identificación de los puntos de partida políticos

Por tanto, en resumen, hemos identificado cuatro mecanismos conceptuales que relacionan el contexto

social con la aparición y afianzamiento de la falta de equidad en salud: estratificación social, exposiciones diferenciales, vulnerabilidad diferencial y consecuencias sociales diferenciales. Este análisis tiene por objeto aumentar el estado de concienciación sobre los inextricables vínculos existentes entre la jerarquía social universal y las inequidades, tanto de los resultados finales de salud como de las consecuencias de la mala salud. La justificación de esta línea de pensamiento es doble: incorporar de una manera más explícita y adecuada los factores sociales al diseño de la investigación científica y establecer fuertes vínculos con el mundo de la política, teniendo en cuenta que las inequidades sociales son, en gran medida, evitables, prevenibles e injustas. A partir del marco antes expuesto y tal como se señala a continuación, pueden identificarse varios puntos de partida de políticas destinadas a reducir la falta de equidad en salud. En el capítulo 21 se hace un análisis profundo de las opciones políticas destinadas a corregir las inequidades en salud.

Cómo influir en la estratificación social (punto de partida político A)

Un importante punto de partida para las políticas dirigidas a reducir las inequidades en salud es el reconocimiento de la importancia del contexto social y de los efectos jerárquicos de la posición social. Aunque quizá sea esta el área más importante en cuanto a la disminución de las disparidades de salud, las rígidas distinciones entre los sectores a menudo hacen que la estratificación social se contemple como terreno de "otras" preocupaciones políticas y no como aspecto esencial para los responsables de la política de salud.

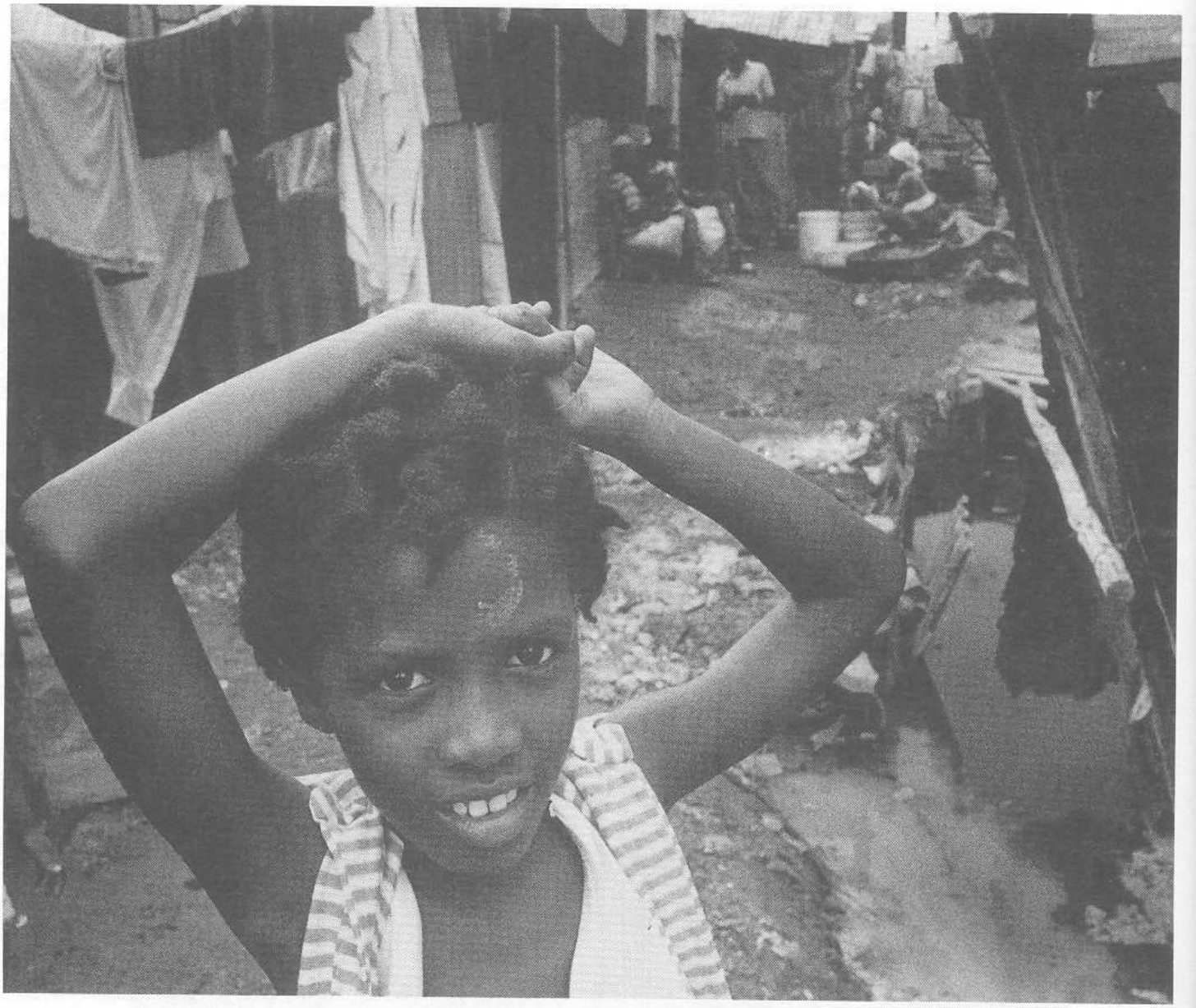
Pueden considerarse dos enfoques políticos generales. El primero es la promoción de políticas que disminuyan las desigualdades sociales (punto de partida político A, Figura 1). Así, las políticas relativas al mercado de trabajo, la educación y el bienestar familiar pueden influir en las oportunidades de que disponen los ciudadanos para mejorar su bienestar y, de hecho, pueden definir la separación existente entre aquellos pertenecientes a las distintas posiciones sociales. De igual forma, las políticas encaminadas a reducir las disparidades entre los géneros influyen en la posición relativa de la mujer con respecto al varón. En concreto, es probable que la provisión de mayores oportunidades sociales y económicas a las mujeres pobres produzca efectos positivos para la equidad (véase el capítulo 16 sobre Bangladesh). El segundo es una valoración del impacto de las políticas económicas y sociales para mitigar sus efectos sobre la estratificación social. En el caso de México estudiado en el capítulo 19, se demostró que las políticas sociales y macroeconómicas exacerbaron las desigualdades sociales expresadas mediante la medición de la "marginación" en el ámbito municipal, con el consiguiente aumento de las inequidades en salud entre municipalidades. Lo mismo establece el estudio sobre Sudáfrica, cuyos autores recomiendan una mayor vigilancia de las políticas de ajuste macroeconómico, dada su tendencia a acentuar, más que a amortiguar, las disparidades raciales subyacentes sistemáticas (véase el capítulo 14).

Teniendo en cuenta el gran volumen de investigación que vincula la pobreza y la salud por medio de vías individuales específicas (exposiciones específicas), puede adoptarse una perspectiva central acerca de las opciones mejor situadas para reducir las inequidades sociales sin necesidad de hacer una amplia recogida de datos de salud individual para reproducir los resultados descritos en la literatura. Las nuevas investigaciones podrán mejorar la eficiencia de las políticas si identifican tipos concretos de procesos o mecanismos de estratificación social que favorecen las inequidades en salud. Según los defensores de los enfoques de "curso de la vida", las políticas que previenen la acumulación de riesgos en los períodos sociales y biológicos críticos, tales como el desarrollo prenatal, el paso de la escuela primaria a la secundaria, la entrada en el mercado de trabajo y la salida del mismo, deben proporcionar una protección especial a las personas más vulnerables (Bartley et al. 1997; Blane 1999).

Disminución de las exposiciones y la vulnerabilidad (punto de partida político B y C)

Más allá de los intentos de alterar los procesos de estratificación social, los responsables políticos deben centrarse más específicamente en la reducción del exceso de exposición a los peligros sanitarios sufrido por los que ocupan las posiciones sociales más bajas (punto de partida B, Figura 1). En general, las políticas de salud no diferencian las estrategias de reducción de la exposición o del riesgo según la posición social. Por ejemplo, las intervenciones antitabaco se dirigen sobre todo al conjunto de la población fumadora y no de manera específica a los fumadores pobres. Un resultado no buscado es que favorecen la disminución de la prevalencia del consumo de tabaco en los ricos y más educados, sin modificar la de los pobres, lo que, de hecho, aumenta la desigualdad social relativa al consumo de tabaco (Townsend et al. 1994).

Sin embargo, existe una experiencia creciente sobre políticas sanitarias destinadas a combatir las inequidades



Barriada de calles de tierra y alcantarillas abiertas. Puerto Príncipe, Haití.
Fuente: Marc French/Panos

en salud, en las que se establecen como objetivos las exposiciones específicas de las personas en posiciones desventajosas, tales como las que habitan en viviendas insalubres, trabajan en condiciones peligrosas o padecen deficiencias nutricionales (Marmot y Wilkinson 1999). En el caso del VIH/sida, las explicaciones sobre la transmisión del VIH centradas en la producción social de la enfermedad recomendarían una vigilancia centrada en la relación entre el aumento del riesgo de infección por el VIH y la pertenencia a sectores de población definidos por la carencia económica y la discriminación racial (Krieger y Zierler 1999). Los éxitos de estas políticas se miden por un beneficio desproporcionado favorable de los grupos diana o desfavorecidos. No obstante, la magnitud de este beneficio no es esencial en el conjunto de las demás exposiciones ni, lo que quizá sea más importante, en relación con las fuerzas macroeconómicas y sociales (punto de partida político A), todas las cuales podrían estar empeorando, es decir, desplazándose en otra dirección. Esta conciencia de un cuadro más amplio podría ayudar a explicar por qué es tan difícil obtener documentación sobre cambios importantes de los perfiles de exposición de las personas desfavorecidas. También trae a colación un aspecto político más amplio, como es la cuestión de si basta con intervenir sobre una sola exposición.

Otra forma de considerar esta modificación del efecto de las exposiciones es mediante la aplicación del concepto de la vulnerabilidad diferencial. La

intervención sobre una exposición única puede no tener efecto sobre la vulnerabilidad de la población desfavorecida. Solo puede lograrse una reducción de la vulnerabilidad con la disminución de un conjunto de exposiciones o el mejoramiento significativo de las condiciones sociales relativas. Mucho se ha publicado sobre los beneficios de la educación femenina como uno de los medios más efectivos para corregir la vulnerabilidad diferencial de la mujer (Kalipeni 2000; Mehrotra 1997). La disminución de una exposición clave, tal como la falta de educación, puede disminuir la vulnerabilidad de la mujer en relación con otros riesgos (punto de partida C, Figura 1).

Prevención de las consecuencias desiguales de la mala salud y otras desigualdades sociales (punto de partida D)

Dadas las inequidades en salud, ¿cómo puede el sistema frenar los hechos diferenciales injustos en su consecuencia de mala salud y evitar una mayor ampliación de las desigualdades sociales y las diferencias de los resultados finales de salud? Este campo de la política es el punto de intervención donde se concentran actualmente la mayor parte de los recursos dedicados a la asistencia sanitaria. Es típico que en la literatura relativa a la equidad de la atención de salud se defienda una asistencia adaptada a las necesidades (Wagstaff y van Doorslaer 1993). Por tanto, un aspecto esencial es la definición de la necesidad. Si esta se define sin sensibilidad por las necesidades específicas de las poblaciones desfavorecidas y se establece, por ejemplo, que todos los afectados por un ataque al corazón deben seguir una protocolo asistencial normalizado, es probable que las inequidades se acentúen. Pese a tener el mismo diagnóstico, es posible que las dificultades de los enfermos más desfavorecidos para recuperarse o sobrevivir sean mayores, por lo que necesitarán más tiempo con los prestadores de cuidados y mayores medidas de apoyo, por ejemplo, domiciliarias, para que su rehabilitación tras el ataque sea similar a la de las personas de otros sectores más favorecidos (punto de partida D, Figura 1). Sin esta consideración especial, pueden ser más propensos a sufrir una incapacidad prolongada o a desarrollar más complicaciones.

Así pues, la asistencia secundaria y terciaria de los pacientes muestra una gran tendencia a seguir las leyes asistenciales inversas, aunque se prescriban según un principio de equidad de la asistencia adaptado a las necesidades (Tudor Hart 1971). Por tanto, las opciones políticas deben exigir pruebas de que las distintas intervenciones, específicas de la enfermedad y relacionadas con el entorno social más amplio, reducirán la probabilidad de producir consecuencias de mala salud desiguales. Muchas de las opiniones recientes sobre la equidad en la asignación de los recursos van más allá e insisten en que no es solo cuestión de ajustar los recursos destinados a la asistencia sanitaria a las necesidades de esta, sino que también es cuestión de si pueden asignarse específicamente para reducir las diferenciales de los resultados finales de salud. Por ejemplo, podrían allegarse recursos adicionales para la rehabilitación, a fin de reducir las consecuencias sociales de la enfermedad. En 1998, el gobierno de Gran Bretaña estableció un nuevo objetivo de asignación de los recursos de esta naturaleza para el Servicio Nacional de Salud Británico, a fin de aplicar los fondos destinados a la asistencia sanitaria a la disminución de las inequidades en salud (United Kingdom Department of Health 1999).

El contexto social desempeña un papel importante en la estratificación de las oportunidades sociales de las personas enfermas. Como ya se mencionó, un sistema rico en redes de seguridad accesibles y operativas puede hacer mucho para evitar la diferenciación social derivada de la mala salud. Otro componente esencial (expuesto con más detalles en el capítulo 18) es la financiación equitativa de la asistencia sanitaria. Esto supone una protección contra el empobrecimiento derivado de enfermedades catastróficas y un conocimiento de las implicaciones de los distintos mecanismos de financiación pública y privada y de su uso por las personas desfavorecidas. Una financiación pública equitativa de la asistencia sanitaria tendrá escasa significación si el acceso de los pacientes pobres se limita a servicios de atención sanitaria privados y usurarios.

En resumen, la estructura conceptual permite identificar cuatro componentes de base social que habrán de considerarse si se quiere conocer y corregir las inequidades en salud: i) factores que afectan a la estratificación social, ii) exposiciones diferenciales a los factores que alteran la salud, iii) vulnerabilidades diferenciales que conducen a resultados finales de salud desiguales y iv) consecuencias sociales diferenciales de la enfermedad. La cuestión de cuál de estos mecanismos es importante en una sociedad concreta puede investigarse empíricamente dentro de este marco. Estas esferas conceptuales ayudan también a establecer opciones políticas (A-D, Figura 1) y a evaluar el impacto de estas opciones en la equidad en la salud, como lo ilustra el análisis europeo descrito en el capítulo 17. Es probable que la investigación de cada una de estas cuatro esferas proporcione datos y directrices importantes a los responsables políticos. Dado que "el conocimiento

de los determinantes de la salud de una sociedad ejerce una influencia importante sobre las estrategias utilizadas para mantener y mejorar la salud de la población" (Mustard 1996: 303), una mayor concienciación de la producción social de mala salud e incapacidad es un componente esencial de la agenda sobre la equidad en salud. El mayor desafío consiste en evaluar la gama de puntos de partida políticos a lo largo del continuo de la base social de las inequidades en salud, con el fin de identificar las sinergias efectivas y las ventajas comparativas de las políticas dentro de un contexto social concreto.

Referencias

Antonovsky A. Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Quarterly* 1967;45(2):31–73.

Barker DJP. *Mothers and Babies, and Disease in Later Life*, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.

Bartley M, Blane D, Montgomery S. Health and the life course: why safety nets matter. *British Medical Journal* 1997;314(7088): 1194–1196.

Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.

Beaglehole R, Bonita R. *Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1976;109:186–204.

Blane D. The life course, the social gradient and health. En: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 1999, pp. 64–80.

Brunner E, Marmot M. Social organization, stress and health. En: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 1999, pp. 17–43.

Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. En: Arve-Parès B, ed. *Inequality Health—A Swedish Perspective*. Stockholm: Swedish Council for Social Research; 1998, pp. 25–39.

Diez-Rouz AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health* 1998;88(2):216–222.

Evans TG. The impact of permanent disability on rural households: river blindness in Guinea. *IDS Bulletin* 1989;20(2):41–48.

Farmer P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press; 1999.

Farr W. 1866 Report. En: Humphreys NA, ed. *Vital Statistics: A Memorial Volume of Selections from the Reports and Writings of Willard Farr*. London: The Sanitary Institute of Great Britain; 1885.

Grusky DB, Takata AA. Social stratification. En: Borgatta EF, Borgatta ML, eds. *Encyclopedia of Sociology, 1955–1970*. New York: Macmillan; 1992.

Hallqvist J, Diderichsen F, Theorell T, Teuterwall C, Ahlbom A. Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demand and low decision latitude? *Social Science and Medicine* 1998;46:1405–1415.

Holland P, Berney L, Blane D, Davey Smith G, Gunnell DJ, Montgomery SM. Life course accumulation of disadvantage: childhood health and hazard exposure during adulthood. *Social Science and Medicine* 2000;50:1285–1295.

Kalipeni E. Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective. *Social Science and Medicine* 2000;50: 965–983.

Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books; 1990.

Kawachi I, Kennedy B. Health and social cohesion—Why care about income inequality? *British Medical Journal* 1997;314:1037–1040.

Koopman JS, Longini IM. The ecological effects of individual exposures and nonlinear disease dynamics in populations. *American Journal of Public Health* 1994;84:836–842.

Krieger N. Epidemiology and the web of causation—Has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine* 1994;39:887–902.

Krieger N, Zierler S. What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. En: Beauchamp D, Steinbock B, eds. *New Ethics for Public's Health*. New York: Oxford University Press; 1999, pp. 45–49.

Kristenson M, Orth-Gomér K, Kucinskienë Z, Bergdahl B, Calkauskas H, Balinkyniene I, Olsson AG. Attenuated cortisol response to a standardized stress test in Lithuanian vs. Swedish men: the Livicordia study. *International Journal of Behavioral Medicine* 1998;5(1):17–30.

Kuh D, Power C, Blane D, Bartley M. Social pathways between childhood and adult health. En: Kuh D, Ben-Shlomo Y, eds. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 1997, pp. 169–198.

Leon D, Walt G. Poverty, inequality and health in international perspective: a divided world? En: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, Inequality and Health*. Oxford: Oxford University Press; 2000.

Levine RA, Levine SE, Richman A, Tapia Uribe MF, Correa CS. Schooling and survival: the impact of maternal education on health and reproduction in the third world. En: Chen LC, Kleinman A, Ware N, eds. *Health and Social Change in International Perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1994, pp. 303–338.

McIntyre S. Social inequalities and health in the contemporary world comparative overview. En: Strickland SS, Shetty PS, eds. *Human Biology and Social Inequality*. 39th Symposium Volume of the Society for the Study of Human Biology. Cambridge: Cambridge University Press; 1998, pp. 20–35.

Marmot MG, Rose G, Shipley MJ, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978;32:244–249.

Marmot MG, Wilkinson RG, eds. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 1999.

McKinlay JB. The promotion of health through planned sociopolitical change: challenges for research and policy. *Social Science and Medicine* 1993;36(2):109–117.

Mehrotra S. Social development in high-achieving countries: common elements and diversities. En: Mehrotra S, Jolly S, eds. *Development with a Human Face: Experiences in Social Achievement and Economic Growth*. Oxford: Clarendon Press; 1997.

Mustard JF. Health and social capital. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*. London: Routledge; 1996, pp. 303–313.

Narayan D, Chambers R, Shah M, Petesch P. Global Synthesis: Consultations with the Poor. Preparado para el Global Synthesis Workshop, September 22–23, 1999. Poverty Group, PREM, World Bank. Washington, DC: World Bank; 1999.

Power C, Mathews S, Manor O. Inequalities in self-rated health in the 1958 birth cohort: life time social circumstances or social mobility? *British Medical Journal* 1996;313:449–4523.