

# La desigualdad social perjudica seriamente la salud

La miseria del pueblo es la madre de las enfermedades». Hace más de dos siglos, cuando la revolución industrial se desarrollaba en Inglaterra, un pionero de la salud pública, Johan Peter Frank, señaló a la pobreza como el principal problema de salud de la población. El enorme crecimiento económico ocurrido desde entonces en muchos países, y muy marcadamente en la segunda mitad de este siglo, no ha eliminado la miseria. Hoy en día, casi una cuarta parte de la población mundial (1.300 millones de personas) vive con el equivalente a un dólar diario en la pobreza más absoluta y su número aumenta a razón de 25 millones más cada año. Las desigualdades económicas son escandalosas. Según las Naciones Unidas las 358 personas más ricas del mundo poseen la misma riqueza que 2.300 millones de personas y la desigualdad crece: entre 1960 y 1991 la riqueza del 20% de los más ricos se ha doblado respecto al 20% de los más pobres<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud ha confirmado recientemente lo que muchos salubristas y el saber popular conocen desde antiguo: la principal causa de mala salud y sufrimiento en la población es la pobreza extrema<sup>2</sup>. Vivir en un país pobre significa vivir menos y vivir peor: enfermar más, tener menos calidad de vida y peores servicios sanitarios. Por ejemplo, un ciudadano de Uganda, Mozambique o Sierra Leona vive, en promedio, 35 años menos que un ciudadano de un país desarrollado. Las tasas de mortalidad materna de los países pobres son, en promedio, 30 veces más elevadas que las de los países ricos. El impacto que estos hechos tienen en la salud pública mundial es enorme. Si los países pobres tuvieran las mismas tasas de mortalidad de los países ricos cada año se podría prevenir la muerte de 11 millones de personas<sup>3</sup>. Dos datos nos sirven de punto de referencia para poder valorar la importancia de este hecho: cada año mueren en el mundo seis millones de personas a causa del cáncer y tres millones de personas por enfermedades relacionadas con el tabaco<sup>2</sup>.

El impacto de la desigualdad socio-económica en la salud es, sin embargo, mucho mayor de lo que esas cifras reflejan. Primero, porque los países desarrollados son desiguales. Por ejemplo, en Hungría, Polonia y otros países del este europeo, la esperanza de vida se ha reducido en los últimos años siendo hoy en día diez años inferior a la de países como Suecia<sup>4</sup>. Y segundo, porque las desigualdades en salud también exis-

ten en el interior de los países entre clases sociales, razas, etnias, géneros y áreas geográficas. Que las desigualdades entre clases sociales y áreas geográficas pequeñas desaparezcan cuando se usan promedios nacionales tiene una enorme trascendencia: hace invisibles las desigualdades dentro de los países. En Gran Bretaña, las clases sociales más privilegiadas tienen siete años más de esperanza de vida al nacer que las clases más desaventajadas<sup>5</sup>. En el norte de Inglaterra, las tasas de mortalidad de los distritos más pobres son cuatro veces más altas que las de los más ricos<sup>6</sup>. En el barrio pobre de Harlem en Nueva York, donde viven casi exclusivamente negros, las tasas de mortalidad de los jóvenes sextuplican a las del promedio de los Estados Unidos. Pues bien, es menos probable que los negros del Harlem lleguen a los 65 años que los habitantes de un país tan pobre como Bangladesh<sup>7</sup>.

La relación entre las desigualdades sociales y la salud es, no obstante, mucho más compleja que la simple asociación entre la riqueza y la mortalidad de naciones con un desarrollo muy desigual, la de las clases sociales que están en los extremos de la escala social o la de áreas geográficas pequeñas. El siguiente decálogo resume los avances en la investigación de la epidemiología social de las dos últimas décadas:

1. *Las desigualdades en salud existen en todos los países y en forma de gradiente en la escala social.* La desigualdad existe incluso en los países más igualitarios y no es un fenómeno exclusivo de los más ricos y los más pobres: a mayores ventajas sociales, mayor esperanza de vida y mayores niveles de salud. Ese gradiente social en la salud se ha hallado en la inmensa mayoría de causas de mortalidad, en muchos tipos de enfermedades y en diversos indicadores de morbilidad, conductas relacionadas con la salud y en el uso y acceso de los servicios sanitarios. Por ejemplo, un estudio que agrupó a 300.000 hombres de raza blanca de Estados Unidos según su nivel de ingresos familiar («Multiple Risk Factor Intervention Trial»), mostró un gradiente en el nivel de mortalidad en 11 de las 12 categorías estudiadas<sup>8</sup>. El punto clave a retener es el siguiente: personas sin necesidades materiales o personales importantes y sin especiales riesgos para la salud mueren antes y enferman más que aquéllas situadas inmediatamente por encima en la escala social. Aunque las causas psicológicas y biológicas directas que explican este

fenómeno no están del todo claras, los investigadores están de acuerdo en una cosa: hay algo intrínseco en la jerarquía y la desigualdad sociales que afecta a la salud<sup>9</sup>.

2. *La magnitud de las desigualdades sociales en salud es enorme.* Quienes están mejor socio-económicamente o quienes viven en las áreas más privilegiadas de un país o una ciudad tienen un nivel de salud mucho mejor que la población más desfavorecida. Las desigualdades en mortalidad entre los grupos sociales de población extremos son en muchos casos tan grandes que superan a los factores de riesgo más conocidos entre los que se incluye el tabaquismo<sup>10</sup>. Un ejemplo. Los norteamericanos con menos ingresos tienen tasas de mortalidad hasta siete veces mayores que los más ricos<sup>11</sup>. El impacto de esas desigualdades en la salud pública es enorme. En Gran Bretaña, si las clases sociales más desfavorecidas tuvieran iguales tasas de mortalidad a las de las más privilegiadas cada año sería posible evitar en el grupo de población de 16 a 74 años 42.000 muertes<sup>5</sup>.

3. *Las desigualdades en salud no son fenómenos fijos o inmutables.* Ni su gradiente ni su magnitud son fenómenos inevitables sino que se modifican según las circunstancias históricas y geográficas. Paralelamente a las mejoras sociales, económicas y ambientales ocurridas en los países desarrollados durante el siglo XX, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en más de 20 años. Sin embargo, mientras que en Japón entre 1965 y 1986 la esperanza de vida aumentó en 7,5 años en los hombres y 8 años en las mujeres, en países del este de Europa como Hungría, Polonia y Bulgaria la esperanza de vida de los hombres se ha reducido de forma muy clara y la de las mujeres apenas ha mejorado<sup>4</sup>.

4. *Las desigualdades sociales en salud están aumentando.* Aunque en este siglo las tasas de mortalidad de los países desarrollados se han reducido notablemente gracias a la mejora en las condiciones de vida, las medidas preventivas de salud pública y, en menor medida, la mejora en la atención sanitaria, las desigualdades entre países y dentro de los países están aumentando<sup>9,12</sup>. Dicho en una frase: las enfermedades cambian y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente de desigualdad persiste. En Gran Bretaña, el país donde se tiene mayor nivel de información, la asociación entre el nivel de ingresos y la mortalidad a lo largo del periodo entre 1921 y 1981 es muy fuerte: a mayor desigualdad en la distribución de ingresos mayor desigualdad en la mortalidad y viceversa. Las desigualdades en salud alcanzaron su punto más bajo a principios de los años 50<sup>13</sup>, momento en el cual las desigualdades han tendido a aumentar y muy especialmente durante los periodos de aumento de la pobreza relativa<sup>14</sup>.

5. *Las desigualdades en salud son sobre todo un reflejo de las desigualdades sociales y económicas.* En

cambio, los factores genéticos, las conductas asociadas a la salud, los servicios sanitarios, o las condiciones físicas del medio ambiente juegan un papel menor<sup>14</sup>. Un ejemplo. Desde el punto de vista histórico, enfermedades como las cardiovasculares o las úlceras duodenales y factores de riesgo como la obesidad o el tabaquismo han cambiado de patrón epidemiológico entre las clases sociales durante este siglo y tienden en la actualidad a ser más frecuentes entre las clases sociales más desfavorecidas. No obstante, el gradiente social de las enfermedades varía según los países. Todo parece indicar que las desigualdades «escogen» factores de riesgo distintos que se expresan en enfermedades distintas. Por ejemplo, mientras que en Gran Bretaña el peso de las desigualdades en salud radica sobre todo en las enfermedades cardiovasculares, en Francia son los accidentes y enfermedades relacionadas con el alcohol quienes tienen más peso<sup>15</sup>.

6. *El desigual nivel de riqueza (absoluto y relativo) de la sociedad explica una parte importante de las desigualdades en salud.* Mientras que la desigualdad económica medida en términos absolutos es la que explica sobre todo las desigualdades entre países ricos y pobres, en cambio, la desigualdad económica en términos relativos es la que mejor explica la desigualdad en salud en el interior de los países desarrollados. Dicho de otra manera, en un país pobre aumentar la riqueza media implica aumentar su esperanza de vida pero en un país rico una distribución más igualitaria de la riqueza es la que incrementa la esperanza de vida. El aumento de las desigualdades en salud en los países desarrollados se asocia al aumento de la desigualdad económica relativa<sup>14,16</sup>. Por ejemplo, Japón, el país con la mayor esperanza de vida del mundo tiene al mismo tiempo la menor desigualdad de riqueza entre el 20% más rico y el 20% más pobre. No son los países ricos quienes tienen más salud sino los más igualitarios.

7. *Además de la riqueza varios factores sociales tienen gran importancia para explicar las desigualdades.* La educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y diversos aspectos relacionados con la cohesión social comunitaria son quizás los más relevantes. Un ejemplo. Costa Rica, Sri Lanka y el estado de Kerala en la India tienen un nivel económico similar a Pakistán, Afganistán y Marruecos. Sin embargo, el elevado nivel de educación de las mujeres y las políticas socio-sanitarias realizadas en el primer grupo de áreas geográficas explican que su esperanza de vida promedio sea de 61 años en comparación con los 45 años del segundo grupo. En cambio, el papel jugado por los factores biológicos y genéticos, la calidad de los servicios sanitarios, o hábitos perjudiciales para la salud como el tabaquismo, las dietas ricas en grasas saturadas o la escasez de ejercicio físico, aun y siendo muy relevantes, contribuyen en menor medida a la existencia

de las desigualdades en la salud. Además, esos factores "personales" no ocurren en un vacío social, sino que se ven también influidos por causas socio-económicas que casi siempre tienden a perjudicar más a los países más pobres y a las clases sociales más desfavorecidas.

8. *La dirección causal que va desde la «desigualdad social» hacia la «salud» está cada vez mejor establecida.* En la actualidad, diversos estudios han mostrado como los factores socio-económicos explican gran parte de las desigualdades en salud minimizando el papel de explicaciones de tipo espúreo (las desigualdades sociales en salud son un artefacto estadístico), de «selección social» (la salud determina la posición social) o «selección indirecta» (factores en la edad temprana de la vida determinan la situación social y sanitaria)<sup>16,17</sup>.

9. *Las causas de las desigualdades en salud son de tipo individual y de tipo ambiental o contextual.* Las investigaciones que utilizan como unidad de análisis el individuo, el grupo (estudios ecológicos) o ambos (análisis a múltiples niveles y modelos jerárquicos) han mostrado cómo los factores sociales causantes de las desigualdades en salud actúan a nivel personal, familiar y comunitario. Por ejemplo, en los países desarrollados las clases sociales más desfavorecidas fuman más o tienden a fumar más que las clases más privilegiadas. Pues bien, las personas de esas clases sociales que viven en los barrios o comunidades más deprimidas social y materialmente tienen más probabilidades de fumar que las de su misma clase que viven en áreas más aventajadas<sup>18</sup>.

10. *Las pruebas de que las desigualdades pueden reducirse mediante políticas sociales y sanitarias apropiadas son cada día más abundantes.* En Gran Bretaña, por ejemplo, han sido identificadas cuatro principales áreas de intervención: el medio ambiente, el medio socio-económico, las barreras que impiden adoptar estilos de vida saludables y el acceso a servicios de salud adecuados<sup>5</sup>. Aunque el estudio sistemático de la eficiencia de dichas intervenciones es aún escaso, todo apunta a pensar que la reducción de las desigualdades en salud requiere reducir las desigualdades en la riqueza mediante políticas fiscales progresivas y reducir las desigualdades sociales mediante políticas que mejoren la situación del desempleo, la educación, el medio ambiente, la vivienda y los servicios sanitarios entre los más necesitados.

A pesar del enorme progreso realizado en la investigación de las desigualdades en salud y en los efectos de las políticas dirigidas a reducirlas, las preguntas sin respuesta clara son aún muchas: ¿cuál es la situación en muchos países subdesarrollados y desarrollados? ¿qué ocurre en los grupos marginales, en las mujeres y en grupos étnicos minoritarios? ¿existen gradientes sociales en el caso de medidas de salud y de bienestar psicológico subjetivos? ¿cuál es el impacto

que factores como el apoyo o la cohesión social comunitaria tienen sobre las desigualdades? ¿por qué grupos de población que no son pobres, no están desempleados, ni tienen especiales riesgos ambientales ni personales sobre su salud mueren prematuramente respecto a aquellos que están por encima suyo en la escala social? ¿qué mecanismos biológicos se ponen en marcha a través de los cuales actúan los factores socio-económicos? ¿qué medidas reductoras de las desigualdades son más efectivas y eficientes? Obtener respuestas precisas a esas preguntas implica enormes retos para los investigadores. La «puesta en contacto» del conocimiento, las teorías y los métodos existentes en las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, la generación de nuevo conocimiento mediante investigaciones de tipo «integral» que permitan analizar la interacción de los factores individuales, familiares y comunitarios, y la obtención de métodos apropiados que permitan evaluar las intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a reducir las desigualdades son tres de los enfoques, aún incipientes, que los investigadores deberán desarrollar en el futuro.

No obstante, la tradición de la Salud Pública enseña que poner en práctica el «debemos investigar más y mejor» no es suficiente para mejorar la salud de la población. Es imprescindible también «conocer las prioridades y las estrategias adecuadas» que ayuden a «pasar a la acción». Hoy en día, al tiempo que se descubre la toxicidad para la salud de nuevos productos o sustancias, estamos redescubriendo la «toxicidad» de las circunstancias sociales y los modos de organización social sobre la salud. Sin embargo, como ha comentado Wilkinson, si los enormes riesgos para la salud hallados en los estudios de las desigualdades sociales en salud fueran el resultado de la exposición a productos tóxicos, las fábricas serían automáticamente cerradas o los materiales tóxicos retirados del mercado<sup>14,19</sup>. Aunque los mecanismos psicológicos y biológicos últimos que causan las desigualdades sociales en salud no sean del todo conocidos ello no implica retrasar más las acciones sociales y de salud pública necesarias para su reducción. En las palabras de Bradford Hill, aunque todo conocimiento científico es incompleto y está sujeto a ser modificado por nuevos conocimientos, eso no nos da el derecho a posponer las acciones que deben realizarse en un momento determinado<sup>20</sup>.

En nuestro país, a pesar de los progresos realizados en los últimos años<sup>21-25</sup>, estamos aún muy lejos de alcanzar el nivel existente en países como Gran Bretaña, Holanda o Estados Unidos. Para hacer frente a todos los desafíos planteados es imprescindible desarrollar un conjunto de factores técnicos, sociales y políticos. Por un lado, es fundamental mejorar la disponibilidad y calidad de las fuentes de información socio-sanitarias existentes, la preparación científica de los investigadores y los recursos para realizar su tra-

bajo. Por otro lado, deben ampliarse el clima y la sensibilidad social necesarios que ayuden a situar al tema de las desigualdades sociales en salud en un lugar prioritario por lo que hace a su percepción social, la investigación científica y las prioridades en la planificación de las políticas socio-sanitarias. Finalmente, en el plano político, es preciso resolver conflictos, crear la correlación de fuerzas que ayuden a establecer estrategias pro-ecuidad, y tener la voluntad y el coraje de decidir y actuar. Describir, explicar y sobre todo cambiar las desigualdades sociales en salud son tres de las tare-

as más importantes que los investigadores, los salubristas y la sociedad tienen por delante. La omisión de esas acciones implicará contribuir a que los más desfavorecidos paguen con su salud el precio de la desigualdad social.

**J. Benach**

*Departamento de Ciencias Experimentales  
y de la Salud  
Universitat Pompeu Fabra  
Barcelona*

---

## Bibliografía

1. United Nations. Development Programme. Human development report. New York: Oxford University Press; 1996.
2. OMS (Organización Mundial de la Salud). Rapport sur la Santé dans le Monde. Réduire les écarts. Geneve: Organisation Mondiale de la Santé; 1995.
3. BM (Banco Mundial). Informe sobre el desarrollo mundial. Madrid: Banco Mundial; 1993.
4. Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ* 1996;312:421-5.
5. Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling inequalities in health. An agenda for action. Londres: King's Fund; 1995.
6. Phillimore P, Beattie A, Townsend P. Widening inequality of health in Northern England, 1981-91. *BMJ* 1994;308:1125-8.
7. McCord C, Freeman HP. Excess Mortality in Harlem. *N Engl J Med* 1990;322:173-7.
8. Smith GD, Neaton JD, Wentworth D, Stamler R, Stamler J. Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. I. White men. *Am J Public Health* 1996;86:486-96.
9. Evans RG. Introduction. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *Why are some people healthy and others not?* Nueva York: Aldine de Gruyter; 1994.
10. Angell M. Privilege and health - What is the solution? *N Engl J Med* 1993;329:126-7.
11. Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *N Engl J Med* 1993;329:103-9.
12. Marmot M, Bobak M, Davey-Smith G. Explanations for Social Inequalities in Health. En: Amick BC III, Levine S, Tarlov AR, Chapman D, eds. *Society & Health*. Nueva York: Oxford University Press; 1995. p. 172-210.
13. Pamuk ER. Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population Studies* 1985;39:17-31.
14. Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Londres: Routledge; 1996.
15. Leclerc A, Lert F, Goldberg M. Les inegalities sociales devant la mort en Grande-Bretagne et en France. *Soc Sci Med* 1984;19:479-87.
16. Blane D, Davey Smith G, Bartley M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness* 1993;15:1-15.
17. Macintyre S. The Black Report and beyond: What are the issues? *Soc Sci Med* 1997;44:723-45.
18. Krieger N. Overcoming the absence of socioeconomic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. *Am J Public Health* 1992;82:703-10.
19. Wilkinson RG. The poor pay the price of increased social inequality with their health. *BMJ* 1994;308:1131-4.
20. Hill AB. The Environment and Disease: Association or Causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1965;58:295-300.
21. Regidor E, Fisas JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
22. Benach J. Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España, 1980-1994. *Gac Sanit* 1995;49:251-64.
23. Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en mortalidad en 8 provincias españolas. *Med Clin (Barc)* 1996;106(8):285-9.
24. Navarro V, Benach J. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
25. Benach J, Borrell C, García MD, Chamizo H. *Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeña en España*. SESPAS (en prensa).