

Desigualdades en Salud: una perspectiva global

Mauricio Lima Barreto ¹

Resumen *El propósito de este artículo es presentar las desigualdades en salud como un problema global que afecta a las poblaciones de los países más pobres, pero también de los países más ricos, y cuya persistencia se convierte en uno de los más graves problemas en el campo de la salud y un desafío para todos los que buscan soluciones. Se diferencian dos componentes de las desigualdades globales: entre grupos de una misma sociedad y entre las naciones. El entendimiento de que gran parte de estas desigualdades son injustas, por lo tanto iniquidades, tiene relación principalmente con las desigualdades entre los diferentes grupos sociales en una sociedad. Las desigualdades entre las diferentes sociedades y naciones, aunque relevantes y, a menudo, de mayor magnitud, no siempre se consideran injustas. Las soluciones propuestas han sido muchas y varían de acuerdo con la fundamentación teórica y las explicaciones adoptadas. A nivel mundial, la teoría más bien elaborada ha sido en torno a la mejora de los mecanismos globales de gobernanza. Aunque atractivos y con evidencias favorables, son insuficientes al no incorporar la comprensión de cómo se produjo el proceso histórico de formación de las naciones y cómo cada país se posiciona en los circuitos globales de producción.*

Palabras clave *Desigualdades en salud, Determinantes sociales de la salud, Iniquidad social, Salud global*

¹ Centro de Pesquisas
Gonçalo Moniz, Fundação
Oswaldo Cruz. R. Waldemar
Falcão 121, Candeal. 40296-
710 Salvador BA Brasil.
mauricio@ufba.br

Introducción

La sociedad humana, compuesta de más de siete mil millones de personas que habitan el planeta, tiene diferencias claras sobre una serie de aspectos importantes. Espacialmente, está distribuida en continentes y naciones con diferentes características demográficas y geográficas. Se observan diferencias en los niveles de desarrollo y riqueza, así como diferencias fenotípicas y culturales que formarán una amplia gama de grupos étnicos. Muchas de estas diferencias son el resultado de procesos de adaptación, geográficos y climáticos, otras de fenómenos eventuales y otras de procesos complejos históricos, sociales, económicos y culturales. Algunas de ellas, que podrían ser simples diferencias (por ejemplo, hombres y mujeres), se transforman en desigualdades y, muy a menudo, en inequidades, en la medida en que definen relaciones esencialmente de poder y de acceso y posesión de bienes, servicios y riqueza, fruto del trabajo colectivo y acumulado durante generaciones^{1,2}.

Estas desigualdades a menudo se transfieren al campo de la salud, tornándose visible sea en las desiguales condiciones de salud de los diferentes grupos, sea en los niveles de riesgo para la salud a que estos grupos están expuestos, sea en el acceso diferenciado a los recursos disponibles en el sistema de salud. No sorprende que la mayor parte de las desigualdades observadas en la salud está directamente relacionada con las desigualdades observadas en otros planos de la vida social³⁻⁵. Las desigualdades en salud generan oportunidades desiguales de disfrutar de los avances científicos y tecnológicos en esta área, así como diferentes posibilidades de exposición a los factores que determinan la salud y la enfermedad y, finalmente, las diferentes posibilidades de ponerse enfermo y morir. Al igual que las desigualdades sociales, las desigualdades en salud han persistido en todos los países, independientemente del nivel alcanzado de desarrollo^{3,4}.

En el contexto internacional actual, con los estados nacionales involucrados en el proceso de globalización de la economía, las discusiones sobre las desigualdades distinguen la desigualdad dentro de una nación y las desigualdades entre las naciones. Las desigualdades entre los países están relacionadas con las diferencias en el desarrollo económico y social alcanzado por los distintos países, generadas por la posición que estos países vienen ocupando en las diferentes etapas

de la historia en el sistema de producción global. Son reflejos de la historia y del entorno económico y político internacional en la partición de cada país, en los recursos globales y en las posibilidades de desarrollo⁶.

Las desigualdades dentro de un país están en la distribución de la riqueza acumulada dentro de una sociedad y, en particular, en cómo se organiza y en las relaciones sociales y de poder establecidas entre sus diversos estratos. Se define por la historia y los modelos políticos adoptados y por cómo el Estado ha redistribuido la riqueza nacional a través de sistemas fiscales y transferencias adoptados, lo que permitió generar una distancia mayor o menor en la distribución entre los diferentes grupos sociales. Los elementos culturales también son importantes para amplificar y consolidar algunas de las desigualdades existentes⁷.

Más recientemente, se creó el concepto de desigualdad global (*global inequality*), que envuelve los efectos conjuntos de estos dos tipos de desigualdades⁸. La desigualdad global es el resultado de las desigualdades entre y dentro de los países y, por lo tanto, se define por la interacción de los determinantes de cada una de ellas. La disponibilidad de datos internacionales ha permitido realizar estudios empíricos sobre el tema de la desigualdad global. Por ejemplo, el coeficiente de Gini, una de las medidas más frecuentemente utilizadas para medir la desigualdad social en un país, cuando se calcula globalmente alcanza niveles aún más altos que los de los países con los niveles más altos. Recientemente, el coeficiente de Gini de los países con los niveles más altos de desigualdad está cerca de 0,60 (1 = desigualdad máxima y 0 = igualdad total), mientras que el coeficiente de Gini global se aproxima a 0,70. El coeficiente de Gini global captura los extremos de los estratos más pobres de los países más pobres y los estratos más ricos de los países ricos, lo que se traduce en un mayor nivel de desigualdad que cuando se mide en cada país por separado.

El objetivo de este artículo es presentar a las desigualdades en salud como un problema global que afecta a las personas en los países pobres, pero también en los países ricos, lugares donde su persistencia demuestra las raíces históricas y estructurales de este problema. Aunque relacionado, el tema difiere de la discusión sobre la pobreza y la salud. Sin duda es uno de los problemas más importantes en el campo de la salud de las poblaciones y un reto para todos los que buscan soluciones.

Determinantes de las Condiciones de Salud

Para muchos, la salud para es un tema restringido a factores biológicos; para otros es un fenómeno complejo y con múltiples determinaciones, que tiene sus bases en la forma en que vivimos y nos organizamos. Estas dos vertientes explicativas, durante mucho tiempo, han construido argumentos y competido para proporcionar explicaciones plausibles sobre las condiciones de salud de las poblaciones humanas⁹⁻¹¹. La relevancia de este debate es lo que va a definir la forma como las sociedades se organizan para resolver sus problemas de salud.

El primer argumento está basado en el desarrollo de las ciencias biomédicas y en sus explicaciones de los mecanismos de las enfermedades y las alternativas para su corrección. Trabaja en la búsqueda de la comprensión detallada de la biología humana, en la expectativa de que de esta exploración nazcan las explicaciones necesarias para la comprensión de los trastornos de la salud humana y sus correcciones. Ella fundamenta las tecnologías de prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación disponibles o en desarrollo, base de lo que hoy entendemos como un sistema de salud “moderno”. Este sistema tiene su desarrollo acelerado por los avances en la biomedicina y las tecnologías resultantes, principalmente desde la segunda mitad del siglo XX.

En cuanto a la segunda explicación, cuyo argumento precede al desarrollo de la biomedicina, hay evidencias acumuladas de que los cambios en el contexto económico, social, político, ambiental, cultural o de comportamiento afectan el estado de salud de los individuos y de las poblaciones¹¹⁻¹³. Las concepciones de determinación social de la salud y las enfermedades han madurado durante el siglo XIX, expresadas en obras de importantes pensadores, ubicados principalmente en Europa. Estos pioneros establecieron la idea de que las condiciones de salud de la población están directamente relacionadas con el contexto en el que viven y la posición de los individuos en la pirámide social. Se destacan los estudios de Louis René Villermé¹⁴ en Francia, Edwin Chadwick¹⁵ en Inglaterra y Rudolf Virchow¹⁶ en Alemania, que, en su conjunto, aportan contribuciones seminales en el tema de la determinación social.

Como vivimos en un momento en que las dos explicaciones coexisten y en que las ciencias biomédicas y los servicios de salud crecen y se fortalecen, es evidente que estas explicaciones compiten unas con las otras. Los servicios de salud, como se organizan hoy, juegan un papel

importante en la curación y rehabilitación de muchos procesos patológicos que los individuos sufren. Además, hay las acciones preventivas mediante, por ejemplo, el uso de vacunas y métodos de *screening* (cribado) para el diagnóstico precoz y la reducción de los daños de procesos patológicos ya instalados. Sin embargo, hay pocos recursos para actuar sobre los determinantes sociales y ambientales que están en el origen de muchos de los problemas de salud que afectan a los individuos y las poblaciones. Con pocas excepciones (en especial, las enfermedades prevenibles por vacunación), tiene limitada acción sobre la incidencia de los eventos de salud.

Esta disputa ha alimentado un largo debate sobre la importancia de cada una de estas explicaciones en las condiciones de salud de las poblaciones humanas. La formulación más elaborada de esta disputa fue hecha por Thomas McKeown que, de 1950 a 1980, escribió un importante y sólido trabajo científico que centralmente decía que las tecnologías médicas y el sistema de salud tenían un papel secundario en los importantes y positivos cambios en las condiciones de salud de la población inglesa durante finales del siglo XIX hasta la segunda mitad del siglo XX^{17,18}. Estos cambios se explicarían por la mejora del nivel de vida general, en la opinión de McKeown, especialmente la dieta y el estado nutricional, resultado de mejores condiciones económicas. En este período, hubo grandes cambios en diversos ámbitos de la vida de estas sociedades, especialmente en los campos económico, social, cultural y ambiental, que son los principales factores responsables de las mejoras significativas en la salud de las poblaciones. Al igual que Inglaterra, las condiciones de salud en muchos de los países hoy desarrollados también tuvieron su mayor punto de inflexión, para mejor, en el ínterin. Durante gran parte de este período la mayoría de los recursos preventivos, diagnósticos o terapéuticos para enfermedades y problemas de salud existentes hoy en día no estaba disponible, ya que estas tecnologías sólo se conciben a partir de la década de 1930 y su producción al uso masivo en los sistemas de salud tendrán su uso iniciado en la década de 1940¹⁹. Esta cronología es central en la tesis de McKeown – los enormes cambios en las condiciones de salud que se observan en las últimas décadas del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX dependerán mínimamente de las tecnologías biomédicas.

Mientras que algunos de los argumentos presentados por McKeown no han sido plenamente confirmados, en particular su énfasis en el papel

de la dieta y la nutrición, su tesis sobre el papel secundario de las acciones del sistema tuvo amplia repercusión^{10,20}. Mientras en las últimas décadas las tecnologías de salud han tenido un desarrollo intenso, algunas con alta eficacia, los argumentos sobre la importancia de las tecnologías y del sistema de salud como transformador de las condiciones de salud de la población no se han demostrado empíricamente. Después de la introducción masiva de las tecnologías biomédicas y la expansión de los sistemas de salud, este tipo de investigación se convirtió en objeto de confusión interpretativa. Cuando los dos efectos (determinantes sociales y tecnologías biomédicas) están actuantes, hay claras dificultades metodológicas para separar el efecto de cada uno de ellos.

Sin embargo, reforzando la teoría de la determinación social, en este mismo conjunto de países (desarrollados), a pesar de los avances en los sistemas y niveles de salud, diferencias importantes persisten en el estado de salud cuando sus poblaciones se estratifican por áreas geográficas, grupos sociales o étnicos⁵. Además, los periodos de crisis son a menudo acompañados por el empeoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones de estos países. Por ejemplo, eventos tales como la desintegración de la Unión Soviética o la crisis financiera de 2008, que llevó a muchos países de Europa a la recesión económica y a implementar políticas de austeridad, fueron seguidos por el deterioro de las condiciones de salud de sus respectivas poblaciones²¹.

El estudio de las tendencias históricas de las condiciones de salud de las poblaciones sigue siendo una fuente importante de evidencias para la determinación social de la salud y las enfermedades y los diferenciales de salud entre los países. En esta línea, se destaca un programa de investigación que se originó en las ciencias económicas y demográficas, que ha mostrado una fuerte relación entre el desarrollo económico de los países y la salud²². Aunque inicialmente se centró en los factores económicos, esta línea de investigación se ha modificado para incluir en el proceso de entendimiento y desarrollo los efectos de los diferentes factores y políticas sociales (educación, salud pública etc.).

Determinantes sociales, las desigualdades y la equidad

Como hemos visto, al menos desde el siglo XIX, aumentan las evidencias de que las condiciones de salud de una población están relacionadas con las características del contexto social y

ambiental en el que ella vive. La pobreza, precarias condiciones de habitación, entorno urbano inadecuado, condiciones de trabajo poco saludables son factores que afectan negativamente a la salud de una población. A finales del siglo XIX, con la aparición de las ciencias biomédicas, estas pasan a prevalecer en la explicación de los problemas de salud y enfermedad – los determinantes sociales y ambientales se quedan en el plan secundario. Sin embargo, las teorías biomédicas nunca han podido explicar adecuadamente muchos de los fenómenos existentes en el interior de una población (por ejemplo, los más ricos tienen mejores condiciones de salud que los más pobres) o entre poblaciones de diferentes países (por ejemplo, los países más ricos tienen mejores condiciones de salud que los países más pobres).

Con pocas excepciones, la aparición de diversas enfermedades y problemas de salud se agrava entre los grupos sociales que viven en situaciones socialmente desfavorables, es decir, entre los más pobres, entre los grupos étnicos minoritarios o grupos que sufren discriminación de algún tipo. No sorprende que los países pobres siempre tienen peores condiciones de salud en comparación con los países ricos. Del mismo modo, en un país cualquiera, sea rico o pobre, las regiones más pobres, las poblaciones de los estratos más pobres o pertenecientes a grupos étnicos marginados de manera consistente siempre tienen peores condiciones de salud. Otro conjunto de evidencias proviene de la observación de que las políticas que mejoran las condiciones económicas o refuerzan la protección social, cuando se implementan en cualquiera de estos países, tienen un impacto positivo en la salud.

Un hito reciente y muy importante para evidenciar la persistencia de las desigualdades en salud en los países desarrollados fue el llamado “Black Report” en el Reino Unido²³. En 1977, una comisión designada por el Ministro de Salud de un gobierno laborista y liderada por Douglas Black, entonces presidente del Colegio Real de Médicos, fue la encargada de analizar la existencia de desigualdades en salud, ya que el Servicio Nacional de Salud (NHS) de aquel país, que fue creado en la década de 1940, se basó en los principios de equidad y accesibilidad universal. Una de las observaciones pertinentes de la comisión fue que en el período transcurrido desde la creación del NHS habían ocurrido mejoras importantes en las condiciones de salud de la población británica, independientemente de la clase social (de hecho, la clase ocupacional). Pero lo más inesperado fue que las diferencias en el estado de salud

entre las clases sociales habían persistido y, en algunos casos, habían aumentado. Además, persistían desigualdades en cuanto a la disponibilidad y el uso de los servicios de salud. Estos resultados fueron presentados en 1979, cuando el gobierno británico era dirigido por el Partido Conservador, que no sólo resistió en publicar el informe como, cuando lo hizo, explicitó en el prólogo que no se comprometía con los resultados y las recomendaciones. Sin embargo, este documento tuvo un tremendo impacto en las discusiones posteriores sobre las desigualdades en salud en los países desarrollados. En la academia, reapareció el interés de investigación sobre las desigualdades en la salud y, en el campo de la política, hubo un estímulo a las acciones de los gobiernos en torno a esta dimensión de la desigualdad. El informe explicitó importantes cuestiones morales experimentadas por estas sociedades. Reveló un aspecto cruel del capitalismo, incluso en la etapa avanzada alcanzada en estos países, cuando se esperaba que estas sociedades fuesen razonablemente justas con sus ciudadanos.

En este punto es importante establecer las diferencias entre las desigualdades e inequidades en la salud^{24,25}. Las desigualdades se refieren a las diferencias perceptibles y medibles, ya sea en las condiciones de salud, ya sea en relación a las diferencias en el acceso a la prevención, curación o rehabilitación de la salud (desigualdades en la atención de la salud). Las inequidades en salud, por el contrario, se refieren a las desigualdades consideradas injustas o derivadas de alguna forma de injusticia. Refleja cómo la sociedad traduce las desigualdades existentes y las diferencia como justas o injustas – esta traducción varía entre las sociedades humanas. En muchas sociedades, las enormes diferencias en el estado de salud entre los individuos en la parte superior o inferior de la pirámide social no son percibidas como injusticia. Esto puede suceder en los países desarrollados, pobres o en desarrollo. Por otra parte, en otras sociedades, diferencias relativamente pequeñas en los niveles de salud se traducen en una fuerte percepción pública de inequidades. Esto sucede, por ejemplo, en algunos países escandinavos. Esto es importante porque mientras que las desigualdades son objeto de discusión en el campo científico y varios métodos han sido desarrollados para medirlas, facilitando estudios comparativos de las desigualdades en salud dentro y entre las sociedades, las inequidades, al traducir la forma como las sociedades perciben e interpretan estas desigualdades, son más difíciles de investigar de manera objetiva, aunque es

extremadamente importante comprenderlas. En el momento en que las desigualdades se convierten en inequidades surgen las condiciones para formulaciones y acciones políticas concretas para reducir las desigualdades existentes.

En décadas recientes, el crecimiento de la perspectiva neoliberal y el individualismo han reforzado la idea de que los acontecimientos a nivel de la sociedad son responsabilidad de las personas que los sufren, eliminando su carácter de fenómeno social y colectivo. Esta visión del mundo ha sido la base para que influyentes fuerzas políticas entiendan las desigualdades como consecuencia de problemas individuales y las renieguen como una expresión de la injusticia, por lo tanto, sin la necesidad de políticas y acciones de gobierno para minimizarlas.

El tema de las desigualdades sociales en la salud ha crecido en el debate intelectual y académico en las últimas décadas en todo el mundo. La disponibilidad de datos de una variedad de fuentes ha desvelado y trajo nuevas pruebas sobre la magnitud de las desigualdades en salud y, más que eso, demostró que, en muchos contextos, está creciendo. Unos pocos países (especialmente los europeos) han utilizado tales evidencias para introducir en sus políticas de salud acciones centradas en los determinantes sociales y la reducción de las desigualdades en parte, pero la gran mayoría no ha colocado este tema entre sus prioridades políticas.

A nivel internacional, la importancia de los determinantes sociales en salud pasa a tener más destaque en el momento de la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta comisión, de alto nivel, fue creada por el director general de la OMS en 2005 con la misión de organizar las pruebas sobre las acciones necesarias para promover la equidad en la salud, a nivel mundial. En el informe final, publicado en 2008, con el título provocador “Cerrando la brecha en una generación”²⁶, después de un análisis exhaustivo de las evidencias de la importancia de las desigualdades sociales en salud en la determinación de muchos de los problemas de salud, la comisión instó a la OMS y los gobiernos de todos los países del mundo para concentrar sus esfuerzos hacia la reducción de todas las formas de desigualdades en salud²⁶. La comisión resumió sus recomendaciones en tres puntos principales: 1) Mejorar las condiciones de la vida cotidiana; 2) Luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos; 3) Medir la magnitud del problema y evaluar el impacto de las

acciones. El informe de la comisión fue seguido en 2011 por la 1ª Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, convocada por la OMS y celebrada en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, con la participación de 125 delegados de diferentes países. El producto principal de la conferencia fue la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud, donde los delegados afirmaron su “determinación de promover la equidad social y sanitaria a través de acciones sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar implementadas por medio de un amplio enfoque intersectorial”²⁷ (traducción libre).

Las teorías que buscan explicar las desigualdades en salud

Los estudios de desigualdad en salud, al tener como presupuesto diferentes bases teóricas para su investigación empírica, ofrecen diferentes interpretaciones y soluciones al problema. Mientras se han centrado principalmente en la explicación de las desigualdades entre grupos sociales dentro de un mismo país, fundamentos teóricos similares pueden servir como base para la interpretación de las desigualdades entre las naciones y las desigualdades globales. En resumen, podemos decir que estas teorías están organizadas según explicaciones de base individual y explicaciones estructurales^{5,28}.

Las explicaciones de base individual han tenido gran cantidad de adeptos entre los autores anglosajones, sin embargo, ellas se agregan en diferentes tendencias y se destacan aquellas que se centran en las dimensiones materiales de la vida, en particular la forma en que la riqueza de la sociedad es distribuida entre sus miembros; las que se centran en dimensiones culturales y de comportamiento (estilos de vida); y otras que enfatizan las dimensiones psicosociales, es decir, como los individuos interpretan su posición en la jerarquía social y los vínculos de esta percepción y fenómenos biológicos subsecuentes (por ejemplo, mecanismos de estrés) con sus potenciales efectos patogénicos. La teoría psicosocial tiene su origen en el trabajo seminal de John Cassel, en los años 1960 y 1970^{29,30}. Sin embargo, una línea de trabajo posterior, iniciada por Richard Wilkinson, se constituyó en una nueva e interesante evolución de la teoría original^{31,32}. Wilkinson desarrolló la idea de que las desigualdades no sólo determinan las diferencias en el mundo material, y por lo tanto explican patologías relacionadas con diversas carencias (por ejemplo, el hambre,

la vivienda o la falta de saneamiento, ingresos insuficientes para cubrir los gastos necesarios para la reproducción), sino que las desigualdades generan fenómenos psicosociales complejos que se expresan mediante fenómenos patogénicos, es decir, las desigualdades sociales tendrían propiedades patogénicas. Más tarde, este concepto se ha ampliado para explicar (al menos parcialmente) las desigualdades entre otras formas de estratificación y discriminación, como el sexo y origen étnico³³.

Las explicaciones estructurales se centran en la idea de que los determinantes sociales generadores de las desigualdades en salud son resultado de determinantes que se encuentran en la superestructura de la sociedad: política, organización productiva etc. Las definiciones políticas para la organización estatal resultarán en opciones también políticas, que estimularán o reducirán las desigualdades. Reforzando esta teoría, y al contrario de los que aún creían en las posibilidades de distribución y la consiguiente reducción de las desigualdades en el marco del capitalismo, recientes evidencias empíricas a partir de los estudios de Piketty³⁴ muestran que la acumulación de capital tiende a ser diferencial. Es mayor entre aquellos que ya la acumulan, favoreciendo la expansión de las desigualdades sociales. Esta tendencia se puede contener o mitigar mediante políticas distributivas, cuando este tipo de política eventualmente se adopta.

Nuevos escenarios de las desigualdades sociales en salud

En un mundo que pasa por transformaciones profundas, algunos procesos sociales se amplifican con el proceso de la globalización, cada vez más importante por sus implicaciones sobre las desigualdades en salud. Por su actualidad, relevancia e implicaciones, dos aspectos de las desigualdades de salud serán resaltados aquí: la urbanización y la migración.

La urbanización y la importancia de las ciudades

En 2014, el 54% de la población mundial vivía en zonas urbanas. En 1950, este porcentaje era de sólo el 30%; se estima que en 2050 el porcentaje será superior a 70%. Las tasas de urbanización más altas se observan en América del Norte (82% de la población) y la más baja en África (40% de la población). América Latina y el Caribe tienen un 80% de su población concentrada en las zonas

urbanas, una tasa similar a América del Norte³⁵.

La intensa urbanización se debió a la transferencia masiva de la población rural a las zonas urbanas. El concepto de urbano puede incluir desde aglomeraciones con unos pocos miles de habitantes hasta grandes ciudades, con varios millones de habitantes. En áreas relativamente restrictas, estos centros reúnen a una gran cantidad de personas. Estas aglomeraciones crean una serie de problemas y retos con repercusiones en el sector de la salud y que tienden a ser desigual e injustamente distribuidos en el espacio y entre los grupos sociales.

Los patrones de las desigualdades en las sociedades trasparecen en estos espacios confinados, por lo que es posible ver muy claramente los males generados por la desigualdad social y sus efectos nocivos sobre la salud humana. Si en el siglo XIX, Villermé mostró en París como las diferencias sociales y ambientales entre los distritos (*arrondissements*) se reflejaban en las tasas de mortalidad¹⁴ desiguales, estas desigualdades, aunque en una escala más pequeña y con menos visibilidad, persisten hoy en día³⁶. En muchos países pobres y en desarrollo con altos niveles de desigualdad social, la urbanización se convierte en sinónimo de desigualdad y exclusión en todas sus formas.

Las migraciones y los límites de los movimientos humanos

Por diversas razones, y desde épocas remotas, se observan contingentes de una población o incluso toda una población que, eventualmente, se trasladan a nuevas ubicaciones. En 2013, se estimaba que 232 millones de personas – 3,2% de la población mundial – vivían fuera de su país de nacimiento y otros 700 millones son migrantes internos en su propio país de nacimiento³⁵. Los patrones y motivos de estos movimientos migratorios han cambiado mucho en el tiempo. Sin embargo, está claro que la mayoría de los migrantes que atraviesa fronteras nacionales lo hace en búsqueda de mejores oportunidades económicas y sociales. En décadas recientes, las disparidades exacerbadas entre las naciones, la expansión de la economía mundial, las transformaciones geopolíticas, las guerras, las catástrofes ecológicas y muchos otros eventos han tenido y siguen teniendo profundo impacto en la decisión de las personas de migrar a otra nación. El reciente fenómeno de la migración masiva de la población de algunos países árabes a Europa es un ejemplo de las posibilidades explosivas e incontroladas que la cues-

tion de la migración puede tomar (<https://www.socialeurope.eu/focus/europes-refugee-crisis/>).

El tema de la migración trae un punto importante al debate de las desigualdades. Estimativas muestran que las desigualdades sociales entre países explican una gran parte de las desigualdades globales, más que las desigualdades dentro de los países. Mientras que las desigualdades dentro de las naciones son mucho más relacionadas con las cuestiones de clase y otros procesos de estratificación social, la desigualdad entre las naciones se refiere a la cuestión del lugar de nacimiento, o lo que se ha llamado de “premio de la ciudadanía” (*citizenship premium*) relacionado con la historia y el proceso global de desarrollo de las naciones^{6,7}. Si consideramos la cuestión de la esperanza de vida presentada abajo, veremos que un niño nacido en Sierra Leona en 2013 tenía, sólo por su condición de nacimiento, un promedio de 38 años menos de esperanza de vida que los niños nacidos en Japón en el mismo año (46 años frente a 84 años). Por lo tanto, esto se convierte en un aspecto importante y el movimiento migratorio se define por este intento de cambiar lo que en cierto modo fue establecido por el lugar y el momento del nacimiento. Pero el mundo globalizado, por donde circulan el capital, los bienes, los seres humanos, tiene serias limitaciones de movimiento, especialmente cuando se trata de dislocarse entre las naciones.

Las condiciones globales de salud – se amplían las desigualdades

A nivel mundial, los indicadores de las condiciones de salud de la población muestran, en general, tendencias positivas. Pero las observaciones más detalladas de la evidencia existente muestran que esta situación es mucho más dinámica. Persisten problemas de salud o enfermedades que deberían estar erradicadas o controladas, o surgen problemas de salud o enfermedades inesperadas. No se trata sólo de persistencia, sino que, en muchos casos, aumentan las desigualdades en los niveles de salud entre naciones o entre regiones, grupos sociales o étnicos dentro de la misma nación.

Un breve resumen de las desigualdades entre las naciones

Se estima que alrededor de más de 800 millones de personas en todo el mundo sufran de hambre crónica, uno de cada seis niños en los países en desarrollo tienen bajo peso y más de un

tercio de las muertes de niños menores de 5 años son atribuibles a malnutrición³⁷. El insuficiente acceso a alimentos seguros y nutritivos existe a pesar del hecho de que la producción mundial de alimentos es suficiente para cubrir el 120% de las necesidades alimentarias mundiales.

La esperanza de vida al nacer es un indicador importante de las condiciones de salud y la posibilidad de supervivencia de una población. En el promedio global, la esperanza de vida al nacer de un individuo en 1990 era de 64 años; en 2013 se incrementó este número en siete años, llegando a 71 años. Sin embargo, estas cifras ocultan una serie de desigualdades. Por ejemplo, en 2013 el promedio de la esperanza de vida al nacer de los países oscilaba entre un mínimo de 46 años (38 en 1990) en Sierra Leona a 84 años (79 en 1990) en Japón. Hasta 2013, la esperanza de vida aumentó en ambos países y, aunque la diferencia se redujo ligeramente (de 41 a 38 años), aún permanece en un nivel inaceptable³⁸.

Los niños constituyen un grupo particularmente sensible a las adversidades sociales y ambientales. A pesar de los avances que se han producido en las últimas décadas, se estima que 6,3 millones de niños menores de cinco años de edad murieron en 2013, la mayor parte de causas evitables en los países pobres o en desarrollo. Los niños en el África subsahariana tienen 15 veces más probabilidades de morir antes de cumplir cinco años que los niños de las regiones desarrolladas del planeta. En 2015, la tasa de mortalidad más elevada se observó en Afganistán (115 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y la más baja en Mónaco (1,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos)³⁹. Desde 1990, cuando se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hasta 2015, la tasa global de mortalidad infantil disminuyó de 62 a 32 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A pesar de esta reducción sustancial de alrededor de 50%, el objetivo no se ha alcanzado, es decir, reducir a 2/3 el nivel observado en 1990.

En nuestros días, las enfermedades infecciosas siguen siendo la causa principal de muerte entre niños y también una de las causas principales entre los adultos. Globalmente, tres entre las 10 causas principales de muertes se deben a enfermedades infecciosas. Estas también representan el 16% de las muertes que se producen cada año. La mayoría de estas muertes ocurren en países pobres y en desarrollo y se atribuye a las enfermedades prevenibles o tratables como la diarrea, las infecciones respiratorias, el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Aunque hay avances significativos en las intervenciones para prevenir y tratar la mayo-

ría de estas enfermedades, tales intervenciones no siempre están disponibles para las personas que las necesitan. Tomando el ejemplo de la tuberculosis, una enfermedad profundamente vinculada con las condiciones en que viven las poblaciones afectadas y cuya ocurrencia cambia rápidamente cuando estas condiciones cambian, en 2013, se estimó que 9 millones de personas tuvieron tuberculosis en el mundo, la mayoría de estos casos (56%) ocurrieron en el sureste de Asia y en el Pacífico Occidental. Sin embargo, África tuvo las tasas más altas de incidencia, con 280 casos por cada 100.000 habitantes. Entre los casos, alrededor de 500 mil fueron causados por bacilos de la tuberculosis resistentes a múltiples medicamentos (MDR TB), que, además de causar enfermedades más graves, a menudo aumentan los costos del tratamiento, haciéndolos prohibitivos para la mayoría de los pacientes que viven en situación de pobreza. En el mismo año, el número total estimado de muertes por tuberculosis fue de 1,5 millón. De este total, más de 95% ocurren en los países en desarrollo, aunque la tasa de mortalidad bajó un 45% entre 1990 y 2013⁴⁰.

Las enfermedades crónicas (ENT), en conjunto, son responsables por una parte importante de la carga de las enfermedades existentes en el mundo, asociadas con casi dos tercios de las muertes a nivel mundial (36 de los 57 millones de muertes en 2008). Los principales problemas de salud en este grupo son: enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas (tales como la EPOC y el asma) y la diabetes. Otras, como las enfermedades mentales y neurológicas, incluyendo varias formas de demencia, aunque contribuyen a la alta carga de morbilidad (menor en cuanto a la mortalidad), no han sido priorizadas en los planes globales. Las ENT están aumentando rápidamente en los países en desarrollo, con grandes costos humanos, sociales y económicos, muchos de los cuales podrían evitarse con intervenciones conocidas, que tienen bajo coste-eficacia y son viables. Aunque, en un primer momento, han sido asociadas con la riqueza, las evidencias muestran que alrededor del 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles ocurren en países en desarrollo. Incluso en los países del África subsahariana, donde las enfermedades transmisibles, causas maternas y perinatales y deficiencias nutricionales, en conjunto, son aún más importantes, ellas presentan tendencia a la baja, mientras que las ENT crecen rápidamente. Con esto es posible proyectar que en 2030 las ENT serán la causa más frecuente de muerte en África⁴¹.

Se estima que más de cinco millones, o 9%, de las muertes que se producen en todo el mundo están relacionadas con diversas formas de violencia. Aproximadamente una cuarta parte de estas muertes resulta de suicidio y homicidio, y los accidentes de tráfico también son responsables de otra cuarta parte de ellos. Los diversos tipos de violencia varían en las diferentes regiones del mundo, sin embargo, en general, sus tasas son siempre más altas en los países pobres y en desarrollo⁴².

Las desigualdades en salud crecen: soluciones posibles

La construcción de un mundo más equitativo ha sido la aspiración de los diferentes movimientos políticos, que creen que la reducción de las desigualdades en diversos ámbitos de la vida humana es esencial y garantía para la existencia y la sostenibilidad de la sociedad humana. Las desigualdades en salud revelan una faceta de las desigualdades entre los seres humanos, los efectos crueles y dañinos sobre la existencia misma, reflejada en las enormes diferencias en la esperanza de vida o la carga de enfermedad y sufrimiento.

Las evidencias de la importancia de los determinantes sociales en la explicación de las desigualdades observadas en la salud son sólidas. Y si bien hay claras posiciones académicas y políticas que favorezcan la implementación de acciones sobre los determinantes de las desigualdades en salud, las políticas para mitigar estas desigualdades han sido poco implementadas como parte de las políticas públicas de los gobiernos nacionales y aún menos para mitigar las desigualdades entre naciones. Las dificultades y barreras para esta falta de motivación política son muchas, sin embargo, algunos aspectos han sido recurrentes en la literatura sobre las desigualdades en salud.

Un primer aspecto a considerar es la consolidación de un sistema de salud basado en el conocimiento biomédico y las tecnologías que resultan de ese conocimiento, asociado con fuertes sectores industriales y de servicios. Estas fuerzas tienden a generar y fortalecer los sistemas de salud ineficaces en vez de adecuarlos o fomentar acciones dirigidas a los determinantes sociales de la salud.

Las diferencias conceptuales, morales y políticas que existen con respecto a las desigualdades entre grupos sociales dentro de la misma nación y desigualdades entre las naciones deben ser consideradas. La primera es más frecuentemente comprendida como iniquidad que la segunda.

Esto queda claro, por ejemplo, en la obra del influyente filósofo moral John Rawls. Mientras que en su *Teoría de la Justicia*⁴² él señala los principios de justicia que deben establecerse entre los individuos y grupos dentro de la misma sociedad, él no considera que esto sea relevante cuando el tema son las desigualdades entre las naciones⁴³. Con respecto a las desigualdades sociales en salud, algo similar ocurre. La investigación y la literatura sobre las desigualdades en salud se centran principalmente en las desigualdades entre grupos sociales dentro de la misma nación. Las comparaciones entre naciones (u otros tipos de organización territorial) han sido relevante en líneas de investigación, como la desarrollada por Wilkinson, y demuestran la centralidad de los niveles de desigualdad social de los países respecto a las condiciones de salud de sus poblaciones^{31,32}. Sin embargo, algunos expertos del tema de las desigualdades en la salud todavía sostienen que las desigualdades sociales en la salud son un tema restringido a grupos de individuos en la misma sociedad⁵. Estos expertos clasifican el programa de investigación establecido por Wilkinson y otros de “ecología social” y no sobre las desigualdades en salud.

Otro aspecto es que las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud requieren una acción coordinada en varios aspectos de la vida de las sociedades, que en términos gubernamentales implica acciones multisectoriales, las cuales, incluso cuando deseadas, son siempre difíciles de coordinar y ejecutar desde el punto de vista político y técnico. Sin embargo, se han presentado esfuerzos para superar este problema. La experiencia más avanzada para superar este dilema ha surgido en algunos países europeos, donde el desarrollo más reciente de la acción política en el campo de las desigualdades en salud ha sido la creación y aplicación del concepto de “salud en todas las políticas”⁴⁴. Esta estrategia tiene por objeto incluir consideraciones sobre la salud en la formulación de políticas en diferentes sectores, como el trabajo, la agricultura y el uso de la tierra, la vivienda, la seguridad pública, la educación, el transporte, la protección social etc.

Como consecuencia de las repercusiones del “Black Report”²³ y otros importantes estudios que siguieron, algunos países desarrollados, principalmente europeos, han desarrollado experiencias de acciones de gobierno coordinadas en el campo de las desigualdades en salud²⁵. Todos estos países tienen sistemas de información y analistas capaces de interpretar los niveles de desigualdad de salud existentes, pero sólo algu-

nos, en general aquellos con los niveles más bajos de desigualdad, llevaron a cabo políticas dirigidas a la reducción de las desigualdades en salud. Esta observación pone de relieve la importante discusión entre las desigualdades e inequidades. La existencia de desigualdades y su magnitud no inmediatamente explicitan imperativos morales y generan acciones políticas en una sociedad. En algunas sociedades, niveles relativamente bajos de desigualdades en salud han generado una acción política fuerte para reducirlas (por ejemplo, en los países escandinavos.), mientras que en otras sociedades con grandes niveles de desigualdad en salud no ha habido ninguna motivación para mitigarlas (es el caso de varios países de América Latina).

En los países pobres y en desarrollo, donde las desigualdades en salud son de mayor magnitud, hay pocos ejemplos donde este tema está entre las prioridades de las políticas públicas. Brasil, por ejemplo, un país con enormes desigualdades sociales y de salud⁴⁵, siguiendo la creación de la comisión de los determinantes sociales de la salud de la OMS, creó su comisión nacional, que después de dos años de trabajo elaboró un informe que en gran parte no fue asimilado en las acciones de gobierno⁴⁶. Sin embargo, en muchos de los países en desarrollo la aplicación, en las dos últimas décadas, de políticas redistributivas como la transferencia de renta y microcréditos⁴⁷, no dirigidas a la salud, ha tenido efectos positivos en las desigualdades en salud⁴⁸.

En lo que se refiere a las desigualdades entre los países, las propuestas y acciones han sido aún más tímidas. Por ejemplo, el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS²⁶ pone gran énfasis en la desigualdad dentro de una sociedad y menos en las desigualdades entre las naciones. Cuenta con un capítulo dedicado a la cuestión de las desigualdades de salud en su dimensión global, centrandose en la necesidad de fortalecer la llamada “gobernanza global” y explicitando la necesidad de coordinación entre los diversos organismos intergubernamentales.

Algunas de estas ideas posteriormente darán lugar a acciones tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), centrados en la erradicación de la pobreza extrema entre 2000 y 2015, y su sucesor, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluye la aspiración del desarrollo sostenible en sus tres dimensiones – económica, social y ambiental, para el período 2016-2030.

Más recientemente, otro grupo (*The Lancet – University of Oslo Commission on Global Governance for Health*)⁴⁹ avanzó en la comprensión y en propuestas de acción con respecto a las desigualdades globales. El documento final de este grupo titulado *The political origins of health inequity: prospects for change* asume el deseo de *transmitir un fuerte mensaje a la comunidad internacional y a todos los actores con influencia en los procesos de gobernanza global: no hay más que considerar la salud sólo como una cuestión técnica biomédica, sino reconocer la necesidad de acciones y justicia multisectorial y globales en los esfuerzos para lidiar con las desigualdades en salud*⁴⁹ (traducción libre).

En conclusión, se puede destacar que mientras el interés en el tema de las desigualdades en salud ha crecido desde el punto de vista académico, su uso ha sido limitado en términos de su introducción en las políticas públicas destinadas a mejorar la salud de las poblaciones. Las desigualdades sociales en salud son un problema global que, en mayor o menor medida, afecta a todas las sociedades humanas. Su comprensión viene predominantemente de las desigualdades entre los diferentes grupos sociales de cada sociedad. Las desigualdades entre las diferentes sociedades y naciones, aunque relevantes y, a menudo, de mayor magnitud, no siempre se consideran injustas y como tales están sujetas a la acción política. Para su solución la tesis más bien elaborada se refiere a la mejora de los mecanismos de gobernanza global, desde que incluyan la comprensión de cómo se produjo el proceso histórico de formación de las naciones y cuál es la posición de cada país en los circuitos globales de producción⁶.

Referencias

1. Stiglitz JE. *The price of inequality. How today's divide society endangers our future*. New York: WW Norton & Company; 2013.
2. Johnston DC, editor. *Divide: The perils of our growing inequality*. New York: The New Press; 2014.
3. Marmot M. *The health Gap: The challenges of an unequal world*. London: Bloomsbury; 2015.
4. Deaton, A. *The great escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Princeton: Princeton University Press; 2015.
5. Bartley M. *Health inequality: Theories, concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press; 2004.
6. Acemoglu D, Robinson J. *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity, and Poverty*. New York: Crown; 2012.
7. McMullin J. *Understanding social inequalities: Intersection of class, age, gender, ethnicity, and race in Canada*. Ontario: Oxford University Press; 2004.
8. Milanovic B. *Global inequality: A new approach for the age of globalization*. Cambridge: The Belknap Press; 2016.
9. Porter R. *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record; 2004.
10. Szreter S. *Health and Wealth: Studies in history and politics*. Rochester: University of Rochester Press; 2005.
11. Kunitz SJ. *The health of populations: General theories and particular realities*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
12. Galea S. *Macrosocial Determinants of Population Health*. New York: Springer; 2007.
13. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep* 2014; 129(Supl. 2):19-31.
14. Coleman W. *Death is a social disease: Public health and political economy in early industrial France*. Madison: The University of Wisconsin Press; 1982.
15. Hamlin C. *Public health and social justice in the age of Chadwick*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
16. Taylor R, Rieger A. Medicine as Social Science: Rudolph Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. *Int J Health Serv* 1985; 15(4):547-559.
17. McKeown T. *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?* London: Basil Blackwell; 1979.
18. McKeown T. *The Origins of Human Disease*. Oxford: Basil Blackwell; 1988.
19. Bynum WF. *The Western Medical Tradition: 1800 to 2000*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
20. Colgrove J. The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence. *Am J Public Health* 2002; 92(5):725-729.
21. Stuckler D, Basu S. *The body economics: Why austerity kills*. New York: Basic Books; 2013.
22. Preston SH. The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies* 1975; 29(2):231-248.
23. Department of Health and Social Security. *Inequalities in health: report of a research working group*. London: DHSS; 1980.
24. Kawachi I, Subramanian S, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(9):647-652.
25. Raphael D. An analysis in international experiences in tackling health inequalities. In: Raphael D, editor. *Tackling health inequalities: Lessons from international experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2012. p. 229-264.
26. WHO Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization (WHO). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report*. Geneva: WHO; 2008.
27. World Conference on Social Determinants of Health. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro: WHO; 2011.
28. Smith KE, Hill S, Bamba C, editors. *Health Inequalities: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
29. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol* 1976; 104(2):107-123.
30. Cassel J. Psychosocial processes and "stress": theoretical formulation. *Int J Health Serv* 1974; 4(3):471-482.
31. Wilkinson R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996.
32. Wilkinson RG, Pickett KE. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane; 2009.
33. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Services* 2014; 44(4):643-710.
34. Piketty T. *Capital in the twenty-first century*. Cambridge: The Belknap Press; 2014.
35. United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs. *Population Division*. Washington: UN; 2013.
36. Martin-Fernandez J, Grillo F, Parizot I, Caillavet F, Chauvin P. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. *BMC Public Health* 2013; 13:486.
37. Food and Agriculture Organization (FAO). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2014*. Roma: FAO; 2015.
38. World Health Organization (WHO). *World Health Statistics 2015*. Geneva: WHO; 2015.
39. Requeijo JH, Bryce J, Barros AJ, Berman P, Bhutta Z, Chopra M, Daelmans B, de Francisco A, Lawn J, Malliq B, Mason E, Newby H, Presern C, Starrs A, Victora CG. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. *Lancet* 2015; 385(9966):466-447.
40. World Health Organization (WHO). *Global Tuberculosis Report 2014*. Geneva: WHO; 2014.
41. World Health Organization (WHO). *WHO Global NCD Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
42. Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press; 1971.
43. Rawls J. *The Law of Peoples*. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
44. Stahl T. *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health; 2006.

45. Landmann-Szwarcwald C, Macinko J. A panorama of health inequalities in Brazil. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):174.
46. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008
47. von Gliszczynsk M. *Cash Transfers and Basic Social Protection Towards a Development Revolution?* London: Palgrave Macmillan; 2015.
48. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382(9886):57-64.
49. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, Fukuda-Parr S, Gawanas BP, Giacomani R, Gyapong J, Leaning J, Marmot M, McNeill D, Mongella GI, Moyo N, Møgedal S, Ntsaluba A, Ooms G, Bjertness E, Lie AL, Moon S, Roalkvam S, Sandberg KI, Scheel IB. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet* 2014; 383(9917):630-667.

Artículo sometido el 28/08/2016

Aprobado el 28/11/2016

Versión final sometida el 03/02/2017