



“...E l médico del hospital o de los socorros domiciliarios certifica de la muerte o da cuenta de tal o cual enfermedad que afecta al pulmón, al estómago o al hígado; pero si, en vez de hacer constar los efectos, se buscara la causa del mal, resultaría que una enferma estaba 12 o 14 horas doblada sobre la costura o dando a la máquina y comiendo mal; que la otra se levantó y trabajó antes de tiempo, recién parida, o criando y comiendo mal tenía que desempeñar una ruda tarea; que la de más allá, en una época crítica, en vez de hacer ejercicio, respirar aire puro, oxigenar bien su sangre y entonarse con una buena alimentación, estuvo en el taller o en la fábrica respirando una atmósfera infecta, sentada siempre o siempre de pie, con posturas y esfuerzos antihigiénicos, humedad, mucho frío o mucho calor, etc. Centenares, miles, muchos miles de mujeres, para la ciencia médica sucumben de esta o de la otra enfermedad; pero la ciencia social sabe que mueren de trabajo....”<sup>1</sup>

Esta cita de Concepción Arenal ejemplifica el ya clásico debate en medicina entre explicaciones a los fenómenos de salud y enfermedad basados en marcos biologicistas o sociales. El nivel de vida como variable social tiene una influencia enorme y aceptada mundialmente sobre la salud. Las relaciones entre nivel de vida y salud se establecen a través de las condiciones de trabajo, de los recursos culturales y de los recursos materiales en la vida cotidiana para los individuos y los grupos. La desigual distribución de estos recursos en las sociedades contemporáneas conlleva la existencia de importantísimas desigualdades en el estado de salud y en el riesgo de enfermar y morir. Las desigualdades se han estudiado primordialmente en lo referente a clase social, pero empieza a existir suficiente información sobre desventajas para el género femenino.

### LO BIOLÓGICO Y LO SOCIAL

La medicina occidental es hija de la tradición judeo-cristiana en lo cultural, de Bismarck y la reina Victoria en lo organizativo, y de Descartes y Claude Bernard en lo científico. En este contexto, no es de extrañar que en el intento de explicar los determinantes de los procesos de salud y enfermedad se contrapongan de manera exclusiva las explicaciones biologicistas y las explicaciones sociales. Este hecho no tendría mucha importancia si sólo se tratara de discusiones académicas, pero adquieren su importancia real en la medida en la que determinan los cursos de acción práctica. La medicina que practicamos como profesionales, sufragamos con nuestros impuestos y usamos cuando estamos enfermos es un claro ejemplo del triunfo casi exclusivo de lo biológico sobre lo social. La enfermedad es entendida como un fenómeno biológico en su causación y sólo si la noxa biológica no tiene un encaje cartesiano claro, el *establishment* científico se permite especular con otras posibles explicaciones y se echa mano de lo psicológico primero y más tarde de lo social.

No es de extrañar que en esta situación de cuasi-monopolio de lo biológico, que se traduce también en un monopolio de la gestión de los problemas de salud, surjan voces críticas que, basándose en la indudable endeblez teórica de esta situación, planteen marcos de referencia en los que se niega casi toda relevancia a lo biológico<sup>2</sup>. Como en otras situaciones de incertidumbre, las posibilidades de actuación en la práctica, y su éxi-

to eventual, son la única guía que intenta resolver este dilema. Ambas aproximaciones han producido éxitos y también fracasos notables.

Sin embargo, y aparte de la discusión antes planteada, la relación que existe entre nivel de vida, un concepto social, y salud es de las mejores establecidas desde hace más tiempo en medicina y salud pública<sup>3</sup>. Los primeros trabajos, realizados a mediados del siglo XIX se centraron primordialmente en los efectos sobre la salud de las condiciones de trabajo, como consecuencia de que la revolución industrial los había hecho mucho más aparentes<sup>4</sup>. Posteriormente, diversos investigadores comenzaron a describir la importancia de factores relacionados con lo que hoy entenderíamos como nivel de vida, en concreto referentes a nutrición y calidad de la vivienda<sup>3</sup>.

A finales de los años treinta se realizó la primera cuantificación epidemiológica de la importancia de estas variables, cifras que en buena medida son válidas en la actualidad. Así, según Vernon, el nivel de vida tendría un efecto sobre la salud que sería tres veces superior al de las condiciones de trabajo, que a su vez serían también tres veces más importantes que la susceptibilidad netamente biológica expresada por la dotación genética<sup>5</sup>. Se aceptaba así que las enfermedades y la salud se producen como resultado de la interacción de los individuos con su carga genética y el medio ambiente con sus componentes físicos, químicos, biológicos y sociales.

## EL MEDIO AMBIENTE SOCIAL

El medio ambiente social, es decir, el espacio en el que se puede tener mayor o menor nivel de vida, determina en gran medida la frecuencia y susceptibilidad a la exposición a noxas físicas, químicas y biológicas por medio de su influencia a lo largo de toda la vida de los seres humanos. Se considera una estructura externa y que envuelve a los individuos, incluso antes de su nacimiento. Así, hoy sabemos que las causas de las desigualdades en salud empiezan a actuar intraútero. Por ejemplo, el riesgo de bajo peso al nacimiento, el condicionante más importante en nuestro medio de mortalidad infantil, es un 300% más alto para recién nacidos de madres con bajo nivel socioeconómico, según un estudio realizado en la ciudad de Alicante<sup>6</sup>.

El nivel de vida del que disfrutan los hombres y las mujeres desde su nacimiento influye en su situación de salud básicamente por tres vías, que se pueden identificar porque representan estrategias de trabajo diferenciadas, pero que en realidad, como es obvio, se encuentran interrelacionadas.

La primera de ellas son las condiciones de trabajo, o los efectos sobre la salud de su ausencia. En sociedades como la española, con las cifras de desempleo más elevadas de Europa, los profesionales de salud laboral no deberían ocuparse exclusivamente de los problemas producidos por las actividades laborales, que son muchos y muy importantes en nuestro medio, sino extender sus objetivos a los problemas derivados del paro, que como recientemente han puesto de manifiesto García Benavides et al son también muy relevantes en España<sup>7</sup>.

Según el Informe SESPAS de 1993<sup>8</sup> en su conclusión número 23, los problemas de salud laboral se identifican como uno de los grandes problemas de salud pública en España. Así en relación con los países de la Unión Europea (UE), la exposición a riesgos laborales derivados de la organización del trabajo tiene gran importancia en nuestro país; aunque también son más altos que en la UE los riesgos tradicionales como la exposición al ruido, a productos tóxicos y al manejo de cargas pesadas. Por otra parte, las tasas de accidentabilidad laboral en España son inaceptablemente altas; y en este sentido, siendo importante la magnitud del problema, lo es más la tendencia

alcista de las tasas de mortalidad y las de los accidentes graves, que al contrario de lo que ocurrió en la UE fueron en 1990 superiores a las de 1981. Cada vez resulta más urgente la ordenación legislativa del problema mediante una Ley de Salud Laboral, que incorpore los principios de la UE en materia de seguridad y salud de los trabajadores, y que a su vez desarrolle el capítulo 4 de la Ley General de Sanidad.

La segunda vía de actuación del nivel de vida sobre la salud sería a través de las variables que componen la cultura, es decir el conjunto de valores, creencias y conocimientos tanto de la sociedad como de sus individuos. En los últimos años se ha prestado una gran atención a alguna de las variables que componen este complejo mundo, realizándose gran cantidad de investigaciones sobre los llamados "estilos de vida", debido entre otras razones a la observación de que algunas conductas como fumar cigarrillos, ingerir grasas animales o beber alcohol se asociaban con diversas enfermedades.

En España el tabaco es la causa contribuyente aislada más importante de mortalidad, ascendiendo al 13% del total de las muertes<sup>9</sup>. A pesar del descenso observado en fechas recientes, persisten unos niveles de consumo inaceptablemente altos si lo comparamos con datos de otros países europeos. Diversos estudios tanto nacionales como internacionales han mostrado cómo estos estilos de vida perjudiciales para la salud son más frecuentes en los niveles socioeconómicos más bajos. En un estudio realizado en Elche, y vinculado al proyecto Ciudades Sanas, se encontró que la práctica de ejercicio físico regular era un 177% más frecuente entre los grupos de alto nivel económico de la ciudad, existiendo una relación dosis-respuesta entre el nivel de renta y este tipo de actividad<sup>10</sup>.

Sin embargo, aun teniendo en cuenta el gradiente por clase social de los factores de riesgo conocidos, que para algunas enfermedades como las cardiovasculares la lista llega a 280<sup>11</sup>, no se pueden explicar los diferenciales observados en el nivel de salud entre las distintas clases sociales. Los 2 estudios longitudinales sobre desigualdades en salud, el Alameda County en los Estados Unidos y el Whitehall en el Reino Unido, son concordantes en sugerir que las políticas preventivas se deben enfocar hacia algo más que a un cambio de conductas si realmente se quiere conseguir impactos en salud<sup>12,13</sup>.

La tercera vía de actuación sería a través de los recursos materiales, primordialmente la renta como indicador y condicionante del bienestar material. La calidad de la vivienda, el equipamiento doméstico, la calidad y variedad de los alimentos que ingerimos, y la calidad de los recursos de ocio son variables muy ligadas a la renta y que tienen una enorme influencia sobre nuestra salud. Es también la renta, y los intentos que se han llevado a cabo para redistribuirla más igualitariamente, una de las áreas que cuenta con más información en el terreno de la intervención, ya que ha sido objeto de numerosísimos experimentos políticos en el último siglo<sup>14</sup>.

Las condiciones de trabajo, la cultura y la renta interactuando entre sí, condicionarán el rango de opciones personales que los individuos pueden hacer. La relación entre el nivel de vida y la salud se reduce al hecho de que a mayor nivel de vida los individuos tienen un rango mayor de opciones que elegir y pueden elegir más en el terreno de lo saludable. Hacer más fácil la elección más saludable no es sólo una cuestión de información a los consumidores sino de desarrollo de políticas que permitan ampliar el rango de opciones.

## DESIGUALDADES EN SALUD

Para pensar en el concepto de desigualdad en salud, en primer lugar es conveniente centrar la atención en el propio con-

cepto de salud y en el comportamiento que se adopta ante la misma. Pretendidamente este concepto ha ido ampliando sus dimensiones, teniendo en cuenta aspectos relacionados con el bienestar personal, que hay que reconocer, que es por su globalidad y para cada individuo más importante que el correcto funcionamiento de todos los órganos corporales. Sin embargo, en la práctica aún no parece haber desaparecido, para una importante parte de la población, el concepto histórico de la salud entendida como la ausencia de enfermedad; ya que la preocupación por recuperarla, acudiendo en busca de ayuda, sólo se produce cuando hay una pérdida de la misma. Como veremos con posterioridad, una cuestión importante que debe ser respondida en el terreno de las desigualdades para la salud es si las enfermedades, padecimientos y/o muertes de las personas dentro de las comunidades han sido inevitables, y las exposiciones a factores de riesgo para la salud libremente elegidas.

Un segundo aspecto a reseñar es el relacionado con el modelo y la praxis del sistema de cuidados para la salud que tenemos. De forma detallada, la figura 1<sup>15</sup> intenta ser un esquema del sistema sanitario actual en práctica; tampoco aquí ha quedado obsoleta la idea de salud entendida como la ausencia de enfermedad, pues a sabiendas de que existen enfermedades y padecimientos que se pueden prevenir, la principal tarea y la mayoría de los esfuerzos del sistema sanitario han ido y van dirigidos a tratar las enfermedades evitables, cuando éstas ya se han producido. Por otra parte, en este modelo, el sistema sanitario es el último medio común para intentar solucionar muchos de los males de la sociedad. La alternativa desarrollada, al menos teóricamente, se ilustra en la figura 2<sup>15</sup>. El modelo social de la salud está basado en la asunción de que la buena salud es inseparable de factores biológicos, pero también comportamentales, sociales y ambientales; bajo esta hipótesis es obvio que el impacto en la salud de los esfuerzos del sistema sanitario es pequeño, si lo comparamos con otras medidas de intervención de carácter no sanitario.

El tercer y último factor importante es la influencia que tiene en las desigualdades para la salud el lugar de la escala social en el que la persona está ubicada. Hay suficientes evidencias publicadas sobre las consecuencias de la irregular distribución y arraigo en la vida de los individuos de los factores causantes de enfermedades y muertes. Las explicaciones sobre este hecho, el de la posición en la sociedad, son múltiples, pero de naturaleza política más que personal, ya que los organismos de poder transforman con sus decisiones el destino de las personas, tanto dentro como fuera de su ámbito privado.

El marco en el que se desarrollan las desigualdades en salud ha quedado expuesto. En definitiva, éstas no se producen cuando hay diferencias en la salud entre los individuos por efecto de una exposición, libremente aceptada, a ciertos factores de riesgo, como la participación en deportes en los que el peligro es evidente, y tampoco se produce en caso de que las diferencias en la salud sean inevitables—variaciones biológicas, diferencias en la salud de los individuos de distintas edades causadas por el propio proceso natural de envejecimiento de los seres humanos, o diferencias en salud entre hombres y mujeres debido a algunas de las variaciones biológicas características de ambos sexos—. Ahora bien, bastantes de las variaciones de los padecimientos y de la mortalidad entre grupos de población no pueden explicarse atribuyéndolas a los orígenes anteriormente mencionados, y ello nos conduce a las desigualdades para la salud, habiéndose consensuado que éstas existen cuando una persona no tiene la oportunidad de alcanzar su potencial completo de salud, a pesar de existir circunstancias que podrían prevenir el problema y que por tanto pueden evitarlo<sup>14</sup>.

Existe suficiente consenso acerca de la complementariedad de dos de las más interesantes teorías elaboradas para explicar

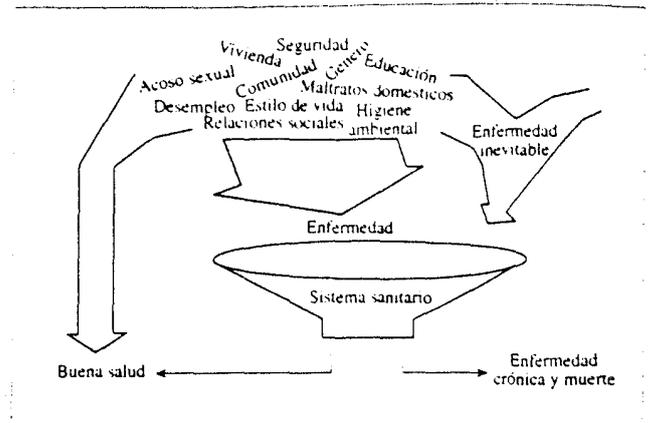


Figura 1. Sistema sanitario actual. (Modificada de J.C. Hurowitz. N Engl J Med 1993; 329: 130-133.)

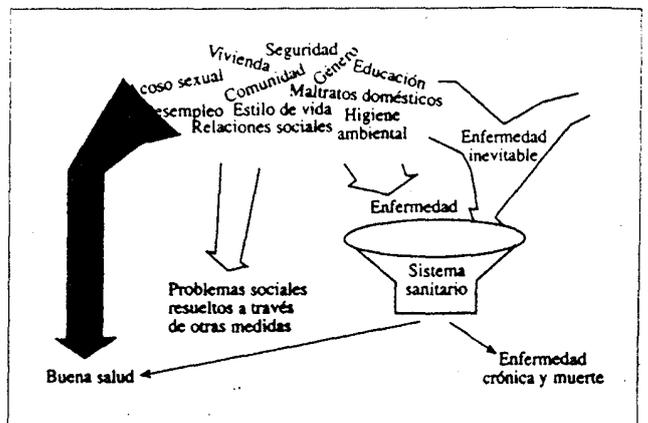


Figura 2. Modelo social de salud. (Modificada de J.C. Hurowitz. N Engl J Med 1993; 329: 130-133.)

las desigualdades en salud: la teoría cultural y conductual y la teoría materialista o estructural<sup>3</sup>. Las dos se emplazan dentro del modelo social de la salud; la primera propone al conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos como el origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos; también es designada con el apelativo de "cultura de la pobreza", queriendo afirmar que los pobres tienen preferencias por estilos de vida insanos y ellos son los responsables de incrementar los riesgos para su salud. De forma análoga, desde las ciencias de la conducta se ha considerado al comportamiento individual y a los estilos de vida personales libremente elegidos—exposición al tabaco, al alcohol, sedentarismo, dietas no equilibradas y en exceso, infrutilización o mala utilización de los servicios preventivos y asistenciales,...— como una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias en la salud entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad.

La contrapartida a la teoría cultural y conductual es la teoría materialista; ésta cuestiona la idea del poder de libre elección del nivel de vida de las personas, sobre todo el de las de menor nivel socioeconómico, y que este sea en concreto el origen de las desigualdades en salud, para destacar la importancia en las desigualdades, de los factores relacionados con la exposición, no voluntaria, a un entorno social deficiente—escasos soporte e integración social y aislamiento— y arriesgado para la salud, así como a condiciones de vida y trabajo peores. Esta teoría defiende que las personas integrantes de los niveles sociales ba-

jos son distintas de las de los niveles sociales altos, como consecuencia de las presiones de los acontecimientos externos, que ensombrecen el medio en el que viven, viéndose inducidos a ocupar los lugares de trabajo con mayor riesgo, a sufrir con mayor frecuencia los efectos del desempleo, y a habitar en viviendas mal acondicionadas -mala higiene, hacinamiento e inseguridad- y en zonas más insalubres, peligrosas y con peores servicios. Además, los problemas tienden a agruparse, a reforzarse mutuamente, y a crecer de manera multiplicativa, provocando mayor vulnerabilidad a las enfermedades en los grupos sociales que viven bajo esas condiciones.

Un buen ejemplo de cómo estas dos teorías se complementan mutuamente se puede encontrar en la relación directa entre el consumo de dietas poco saludables en personas con bajo poder adquisitivo y el precio elevado de numerosos alimentos saludables, como los productos escasos en calorías, sin azúcar o con fibra; pero también con la no existencia de muchos de estos alimentos saludables en las tiendas de los barrios más deprimidos, y con la necesidad de seleccionar la compra de cara a equilibrar el presupuesto familiar<sup>16</sup>.

También se ha comentado que la clase social como determinante de las desigualdades en salud ha sido clásicamente estudiada, sobre todo fuera de España, más exhaustivamente en el Reino Unido y bastante poco aún en nuestro país. Los resultados de estos estudios muestran de forma consistente una menor probabilidad de supervivencia de los grupos con desventajas socioeconómicas respecto a los privilegiados, y también una mayor diversidad de enfermedades, siendo éstas de mayor gravedad, sufrimiento y cronicidad, además de más discapacitantes<sup>14</sup>. Así mismo, los grupos más vulnerables acceden y utilizan menos frecuentemente de lo que necesitan los servicios preventivos y asistenciales<sup>10,17</sup>.

Los principales factores causantes de la asociación entre clase social y enfermedad son la privación económica, otros tipos de privaciones de carácter no económico -como por ejemplo los relacionados con aspectos psicológicos en la vida laboral-, la escasez de redes sociales y de apoyo social, los estilos de vida poco saludables, y los diferentes roles sociales, como los adjudicados a la edad y al género<sup>18</sup>. Estas variables se acumulan principalmente en las capas de población constituidas por mujeres ancianas que viven solas, familias monoparentales, familias desempleadas, discapacitados, trabajadores con salarios bajos, minorías étnicas, gente joven sin hogar y presos<sup>17</sup>.

La información con la que contamos en España detecta que las diferencias interregionales persisten respecto a las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y perinatal<sup>19</sup>, y este hecho se ha relacionado, a partir de diseños ecológicos, con factores económicos -renta familiar media, renta per cápita- y sanitarios -asistencia extrahospitalaria al parto<sup>20,21</sup>. Así mismo, se ha evidenciado las importantes diferencias en los niveles de salud de los barrios de las ciudades de Barcelona y Valencia, y una correlación elevada entre la situación de pobreza y el estado de salud de la población que vive en ellos, observándose peor nivel de salud a mayor grado de pobreza<sup>22</sup>. También se ha descrito, con carácter ecológico, la asociación entre condiciones socioeconómicas desfavorables y menor supervivencia, mayor mortalidad global e infantil, y específica por algunas causas prevenibles -cirrosis hepática, tuberculosis pulmonar, cáncer de vejiga y neumonía entre otras<sup>23,24</sup>.

En cuanto a la morbilidad, se ha detectado asociación entre los grupos más desfavorecidos y autopercepción de peor estado de salud, y con mayor frecuencia de enfermedades agudas y crónicas<sup>22</sup>. Además, se han encontrado asociaciones de la incidencia de diarreas infantiles con el desempleo y con la no cualificación laboral de los padres, y con el bajo nivel de ingresos familiares<sup>25</sup>. La limitación crónica de la actividad es mayor en los grupos más desfavorecidos<sup>22</sup>.

Un interesante punto es la asociación entre clase social y atención sanitaria, ya que las visitas por el médico y las hospitalizaciones son menos frecuentes para las personas que percibiéndose una salud "mala-muy mala" pertenecen a las clases sociales bajas; esto mismo sucede con las hospitalizaciones en personas con limitación crónica de la actividad. Por el contrario, la razón entre el uso de asistencia sanitaria y la necesidad sanitaria aumenta a mayor clase social<sup>22</sup>. Estos datos de la ciudad de Barcelona coinciden con la idea de Julian Tudor Hart denominada "la ley de los cuidados inversos", en donde se expresaba que las clases más necesitadas y vulnerables son las que reciben menos cuidados sanitarios<sup>16</sup>.

No hay demasiada información referente a la relación entre hábitos de vida y nivel socioeconómico, pero el ejemplo ya mencionado en el apartado de medio ambiente social<sup>10</sup> ilustra la asociación directa y gradual entre renta familiar y realización de ejercicio físico, declarando hacer ejercicio al menos una vez en semana mayor número de personas entre las que tienen mayor renta familiar. Esto podría ser explicado por la asociación de menor nivel educativo con menores ingresos, pero también con no contar con tiempo suficiente para realizar ejercicio y con la menor accesibilidad espacial y económica para el recreo.

Los estudios de clase social y desigualdades en salud son complejos, ya que la clase social opera como un índice que recoge información sobre ingresos, bienestar, educación, cultura y condiciones de vida. No obstante, en ocasiones se utilizan sólo indicadores de clase social relacionados con la productividad, o relacionados con el consumo, la ocupación o el desempleo, entre otros. Debido a la complejidad anteriormente mencionada, aquí merece la pena destacar el consenso existente sobre la relevancia del nivel de educación como un factor especialmente a tener en cuenta, por la influencia que tiene en el estado de salud real y percibido, y por tanto en la generación de desigualdades en salud. Así, se detectó una relación entre la incidencia de diarreas infantiles con el nivel educacional de los padres<sup>24</sup>. También, al analizar las tasas de personas con discapacidades de la Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías se evidencia un crecimiento a medida que el nivel de estudio baja, oscilando entre el 6% de personas con discapacidad que residen en hogares cuyo cabeza de familia ha alcanzado una titulación universitaria, hasta el 30% de personas en hogares cuyo cabeza de familia no tiene estudios<sup>26</sup>.

El género es otro de los factores que se pretende destacar, y cómo éste se asocia a desigualdades en la salud reales y autopercebidas. Exceptuando la mortalidad, que como es reconocido es superior en los varones, el resto de los indicadores de problemas relacionados con la salud, como la autopercepción del estado de salud, las prevalencias de diferentes enfermedades percibidas, tanto agudas como crónicas, y las discapacidades, evidencian peor nivel de salud en las mujeres.

Como ya se ha mencionado, vivimos en un medio social y cultural que influye a lo largo de la vida en las conductas de las personas; de tal forma que en general la propia persona, y en la medida de sus posibilidades, acepta de forma consciente o inconsciente aquello que cree corresponderle, tanto en cuanto a satisfacciones como a lo contrario. Así, son llamativos los resultados referidos a la pauta de demanda de atención sanitaria por disfunciones sexuales según el género, ya que ésta no parece producirse tanto debido a diferencias en los tipos de disfunciones como a concepciones sexistas de las personas sobre la sexualidad. De hecho, anorgasmia y deseo sexual inhibido son las disfunciones más frecuentes entre las mujeres de la población general femenina, pero no consultan por estos motivos, sino por quejas relacionadas con el dolor, que es una alteración poco frecuente en la población general femenina en comparación al resto de disfunciones. En cambio la problemática

Salud y desarrollo: del planeta, las mujeres y otros subsidios  
C. Álvarez-Dardet y M.T. Ruiz

que demanda atención sanitaria en los varones es similar a la frecuencia de los problemas mencionados en la población general masculina, esto es, los relacionados con el placer<sup>27</sup>.

Sin embargo, en todos los casos no es la persona la que se limita; esto se puede ilustrar a través de una paradoja, en concreto, de la que se produce al atender un mayor número de varones en hospitales donde la tecnología diagnóstica y terapéutica es mayor y más especializada<sup>28</sup>, pese a que se ha detectado una percepción de peor estado de salud en el género femenino y con la edad<sup>27</sup>. Es posible que surja el argumento de que los problemas de salud son más frecuentes y graves en los varones; no obstante, habiendo un número más elevado de mujeres de mayor edad con varios problemas de salud asociados a la vez, no sólo tendría que ser en la atención primaria donde hubiera mayor número de mujeres atendidas sino también a nivel terciario. En Estados Unidos hay evidencias de una mayor tasa de letalidad por enfermedades cardiovasculares en mujeres que en varones una vez ingresados en hospitales<sup>29</sup>. En este caso, el dilema que se plantea es si las mujeres acuden tarde a ser atendidas, o si las pruebas diagnósticas son poco sensibles en las mujeres para este tipo de enfermedades, o si se les retrasa el tratamiento.

Cabe preguntarse qué sucede con otras patologías, pues con excepción de cualquier dimensión de la reproducción, en donde la mujer ha sido frecuente objeto de estudio, en enfermedades propias de ambos sexos las mujeres han sido excluidas con mayor frecuencia como sujetos de estudios. Como ejemplo, el hecho de que las mujeres son menos incluidas como participantes en ensayos clínicos<sup>30</sup>.

Otro aspecto a tener en cuenta, porque puede ser un generador de desigualdades, es el de la utilización de clasificaciones

diagnósticas basadas en el actual esquema nosotáxico. Si analizamos diferentes fuentes de datos de mortalidad y morbilidad, se observa una mayor frecuencia de mujeres que de varones en la categoría consignada como "signos y síntomas mal definidos o inespecíficos"<sup>31,32</sup>. Está por responder las razones de por qué sucede esto; así como si es posible que las mujeres padezcan o manifiesten su padecimiento en estadios precoces, con signos/síntomas que el actual esquema nosotáxico no reconoce.

En conexión con lo expuesto en el párrafo anterior, se están estudiando los efectos del desequilibrio de géneros en las actividades de investigación científica, con un escaso número de mujeres investigadoras. En concreto se está intentado evidenciar cómo afecta el género de los investigadores en la elección de los temas de estudio -de más o menos interés para ambos géneros-, y también cómo han podido colarse sesgos inadvertidos en cuanto al diseño de experimentos y a la interpretación de los resultados realizados por un mayor número de investigadores del género masculino.

### ¿QUÉ DESARROLLO? HUMANO Y SOSTENIBLE

Los modelos de desarrollo que nos han llevado al mundo que hoy vivimos no pueden mantenerse por mucho tiempo. Se está produciendo una polarización social que es no sólo injusta, sino también muy peligrosa; se están dañando gravemente y de manera irreversible muchos ecosistemas en el planeta y destruyendo el sistema social de transacciones no monetarizadas que supone la misma base para el actual crecimiento económico<sup>33,34</sup>.

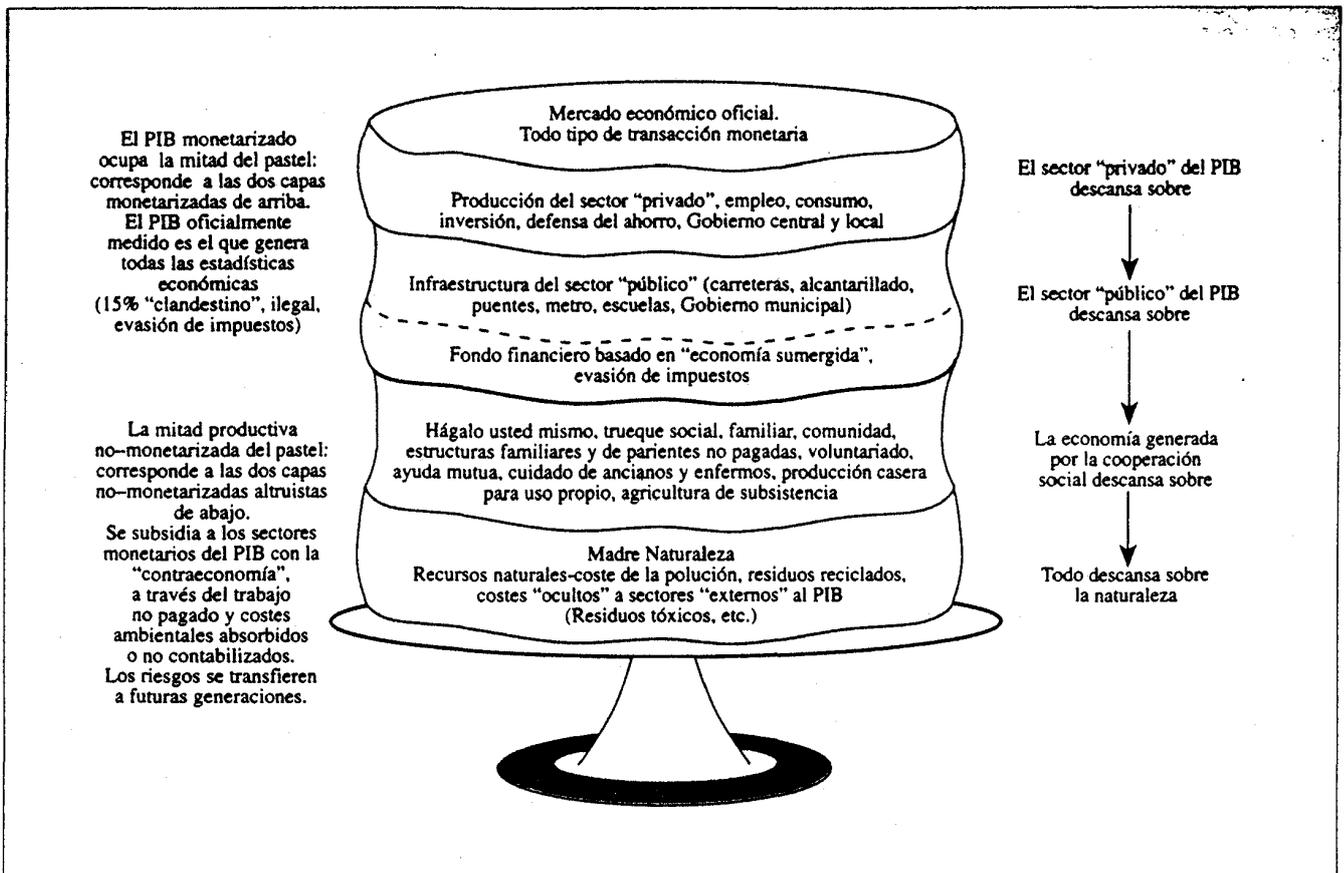


Figura 3. Sistema productivo total en sociedades industriales (capas de un pastel). (Tomada de Hazel Herderson, Knowledge Systems Inc, 1991.)

La esperanza de vida se distribuye de manera desigual en el mundo; los españoles, que gozamos junto con Japón y Suecia de las mejores esperanzas de vida del mundo, aventajamos en 7 años a los rusos, 8 a los rumanos y mexicanos, en 20 a los keniatas e indonesios y en más de 30 a los habitantes de Afganistán, Mali o Sierra Leona. Esto es porque nuestro nivel de vida, junto con el del resto del mundo desarrollado, es muy superior al de los llamados países en desarrollo. Mas de 1.000 millones de personas en todo el mundo siguen padeciendo de pobreza absoluta, el 20% más pobre tiene una renta 150 veces menor que el 20% más rico. Los países en desarrollo, a pesar de que cuentan con el 75% de la población mundial, sólo disponen del 17% del PIB del mundo, el 5% de la ciencia y la tecnología, el 15% del consumo energético, el 30% del grano alimentario, el 11% del gasto en educación, el 18% de las ganancias en exportaciones, el 8% de la industria y el 6% del gasto en salud<sup>35,36</sup>.

La situación ha llegado a ser tan grave que incluso instituciones que habían apoyado el antiguo modelo de crecimiento económico, como el Banco Mundial están dando un importante giro en sus políticas. El informe del Banco Mundial "Invertir en salud", que se publicó en 1993, supone un cambio importante en sus recomendaciones de política económica, por primera vez más orientadas hacia la equidad. En el informe se reconoce que el énfasis en el crecimiento económico a toda costa ha tenido consecuencias desastrosas en las condiciones de vida y de trabajo, y consecuentemente en la salud de los grupos sociales más vulnerables. Por ello el Banco Mundial aboga ahora por políticas de desarrollo económico que produzcan reducciones en la pobreza, como una forma de invertir en salud. Por su parte, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en sus ya clásicos informes sobre desarrollo humano, propone la búsqueda de nuevos modelos de desarrollo humano centrados en la participación masiva de la población y definiendo el propio objetivo del desarrollo económico como "la ampliación de las opciones para toda la población"<sup>37,38</sup>.

Para los profesionales de la salud pública la frase de Cicerón en De Reibus "la salud pública es la ley suprema" ha sido un dogma en el que hemos creído y en el que hemos intentado que otros crean. En el mundo de finales del siglo XX hemos de aceptar que Cicerón, y con él nosotros, estaba equivocado. Hay una ley mucho más suprema que la salud pública y es la "salud del planeta". Hoy día cada vez se hacen más aparentes las conexiones entre ecología y salud, y también entre ecología y probabilidades de desarrollo en el futuro. Sabemos que no podremos seguir incrementando nuestros niveles de vida de manera infinita debido a los límites que nos impone nuestro ecosistema.

Hace 20 años se publicó el informe "Los límites del crecimiento", que fue tachado por muchos de catastrofista, y aunque fue un alimento importante para el comienzo del movimiento ecologista mundial, tuvo un impacto casi nulo en las políticas de desarrollo. Los mismos autores en el reciente informe "Más allá de los límites del crecimiento: colapso global o futuro sostenible" revisan sus propias predicciones realizadas hace 20 años y concluyen con recomendaciones urgentes a los gobiernos y las agencias transnacionales. En su libro describen un nuevo concepto para describir la realidad de la sobreutilización de los recursos, "el sobrepasamiento", que significa ir más allá de los límites inadvertidamente. No se trata ya de advertir sobre lo que podría pasar si seguimos así, sino de describir los daños irreversibles que ya están pasando<sup>15</sup>.

Los problemas de "sobrepasamiento" no tienen sólo importancia debido a su impacto directo sobre los ecosistemas y los daños directos que esto puede ocasionar. Existe el problema adicional, como puede verse en la figura 3, tomada de Hazel

Henderson, de que los recursos naturales, la "madre naturaleza", son la base sobre las que se asienta el sistema productivo total. El planeta es nuestro mayor subsidio<sup>16</sup>.

Los modelos desarrollistas que han imperado hasta ahora han centrado como objetivo de sus políticas el incremento del tamaño de la capa superior del pastel, es decir del sector privado de la economía monetarizada. Esto ha tenido como consecuencia fuertes presiones que han debilitado al resto de las capas, especialmente al sector público, al sector informal y a la madre naturaleza, aunque no tanto a la economía sumergida, base para el *dumping* social y la polarización de la sociedad. Los países comunistas, aunque con diferencias, han seguido un modelo desarrollista similar en el que el capitalismo de Estado era la fuerza de presión sobre el sector informal; este modelo, a lo que parece, ha tenido efectos aún peores que los occidentales sobre los ecosistemas. Las consecuencias de estas políticas están empezando a ser aparentes, incluso como amenaza en la propia justificación filosófica del mercado como la manera más eficiente de asignar los recursos. El fenómeno, desconocido hasta hace poco tiempo de crecimiento sin empleo, puede estar en el futuro próximo base social a las políticas desarrollistas. En países como Francia, Reino Unido y Alemania ha alcanzado proporciones increíbles y puede empeorar en el futuro próximo. Los 3 países han incrementado sus PIB en aproximadamente un 200% en los últimos 30 años sin ninguna repercusión positiva en el nivel de ocupación de sus poblaciones<sup>20</sup>.

Además de su impacto ecológico, los modelos desarrollistas han tenido un enorme impacto erosionando la capa del pastel que representa el sector informal. De seguir produciéndose, podría llegar a tener efectos muy perjudiciales en los sistemas de salud. En cualquier sistema de salud, incluso en los países más desarrollados, la parte formal, profesionalizada y monetarizada es sólo una pequeña fracción, descansando el sistema primordialmente en relaciones y cuidados informales prestados por los propios individuos, sus familias o la comunidad y no suponiendo transacción económica alguna. La erosión de este sistema de salud informal es tan grande, y tan inviable en términos financieros su monetarización, que la OMS ha empezado a desarrollar entre sus líneas prioritarias de trabajo programas para la preservación y el desarrollo de los autocuidados, la autoayuda y el apoyo social<sup>39</sup>.

El planeta es nuestro subsidio más importante pero no es el único. El crecimiento de la economía privada y monetarizada se asienta también en otros subsidios informales, prestados principalmente por mujeres, en todos los países del mundo, a través de la realización de trabajo doméstico no monetarizado. Su participación como cuidadoras informales en el sistema en salud a escala global es también enorme. Las traslaciones a economía monetarizada de esta actividad no formalizada superan en los países industrializados con mucho al gasto sanitario como porcentaje del PIB, convirtiéndose en inabordable desde un punto de vista financiero.

Resulta paradójico que la respuesta a la crisis que envuelve a los sistemas sanitarios occidentales que se está dando, es una generalización de políticas de contención de gastos en el sector público, circunstancia que agrava las tensiones sobre el sector informal. Las consecuencias de estas políticas están empezando a ser aparentes en los países del Este de Europa que están afrontando una pérdida sustancial de sus niveles de salud<sup>22</sup>.

El programa para el desarrollo de las Naciones Unidas<sup>29</sup> ha presentado lo que denominan cinco nuevos pilares para un orden mundial centrado en el desarrollo:

1. Los nuevos conceptos de seguridad humana deben destacar la seguridad del pueblo y no sólo de las naciones.
2. Hacen falta nuevos modelos de desarrollo humano sostenibles.

Salud y desarrollo: del planeta, las mujeres y otros subsidios

C. Alvarez-Dardet y M.T. Ruiz

nible: invertir en potencial humano y crear un medio ambiente que permita el pleno aprovechamiento de las capacidades humanas.

3. Hacen falta nuevas relaciones entre el Estado y el mercado a fin de combinar la eficiencia del mercado con la solidaridad social.

4. Hacen falta nuevas pautas de gobernación mundial y nacional para atender debidamente las aspiraciones crecientes de la población y las consecuencias del declive constante del Estado nacional.

5. Deben establecerse nuevas formas de cooperación internacional que se centren directamente en las necesidades del público y no en las preferencias de los Estados nacionales.

Sin embargo, la posible disminución de los problemas que conducen a las desigualdades en salud no sólo dependen de las actuaciones realizadas por los gobiernos. En la respuesta profesional a los problemas de salud, se dan cada día millones de decisiones que usualmente no tienen en cuenta su propio potencial de beneficio social cuando se analizan los problemas y se plantean soluciones teniendo en cuenta todos los aspectos que condicionan el resultado en términos de salud. Los profesionales de la salud suelen considerar que cuestiones como la equidad en el acceso y la utilización efectiva de los servicios para los distintos grupos socioeconómicos, para las minorías étnicas o lingüísticas y por género, son responsabilidades exclusivas de los responsables políticos.

Sin embargo, existe un considerable espacio de mejora en salud con el desarrollo de políticas micro. Cualquier institución, servicio o profesional individual se siente legitimado para actuar en el desarrollo de políticas, protocolos o acciones encaminadas a mejorar la salud de sus pacientes utilizando como marco de referencia el biológico. Nuestros hospitales tienen políticas, protocolos y acciones para, por ejemplo, vigilar y reducir la frecuencia de infección hospitalaria, pero no para hacer disminuir el gradiente por clase social que presenta la mortalidad o para hacer más equitativo el uso efectivo de los servicios.

Al igual que antes presentábamos los 5 pilares del PNUD, podrían identificarse cinco elementos que posibilitarían el desarrollo ulterior de políticas micro desde los servicios y centros sanitarios:

1. Aceptar la posibilidad de que nuestra práctica clínica no favorezca un resultado equitativo en el beneficio para los pacientes de nuestra actividad profesional.

2. Medir su importancia en términos de clase social, género, grupo étnico y lingüístico, en relación con la historia natural de los padecimientos que atendemos y la respuesta profesional (acceso, diagnóstico, tratamiento, cumplimentación, pronóstico).

3. Socializar la información entre todos aquellos que pueden participar en actividades conducentes a disminuir las desigualdades (reuniones de servicio o de centro).

4. Desarrollar una estrategia identificando los puntos más importantes y de ellos los más vulnerables para conseguir disminuir la distancia social entre el/la usuario/a y el servicio utilizando medidas de acercamiento y también de discriminación positiva.

5. Valorar y difundir los resultados obtenidos.

En España existe una universalización de la cobertura sanitaria a toda la población. Sabemos que se trata de una cobertura nominal, de derecho. Su eventual ampliación o reducción dependerá del resultado del debate político y de la actuación de los responsables públicos. Pero el paso de una cobertura nominal a una real depende en gran medida de lo que hagamos en nuestra práctica profesional aceptando la necesidad de actuar con todas las herramientas de que dispongamos independientemente de que sean estas biológicas o sociales. □

#### Agradecimiento

A Encarna Gascón, que descubrió la cita de Concepción Arenal y como otras veces nos la dio en el momento justo, y a Julian González que nos ayudó con las figuras.

#### Bibliografía

1. Concepción Arenal. Del Pauperismo 1889. En: María Campo, ed. Concepción Arenal 1820-1893. Madrid: Revista de Occidente, 1973: 287-388.
2. Illich I. Medical Nemeses. Lancet, 1974; 1: 918-921.
3. Davey-Smith G, Blane D, Bartley M. Explanations for socio-economic differentials in mortality. Eur J Public Health, 1994; 4: 131-144.
4. Finer SE. The life and times of Sir Edwin Chadwick. Londres: Methven, 1952.
5. Vernon HM. Health in relation to occupation. Londres: Oxford University Press, 1939.
6. Armero MJ, Frau MJ, Colomer C. Indicadores de salud en el medio urbano. Variación en función de la coherencia social de las áreas geográficas utilizadas. Gac Sanit 1991; 5: 17-20.
7. Benavides FG, García AM, Sáez-Lloret I, Librero J. Unemployment and Health in Spain. Eur J Pub Health 1994; 4: 103-107.
8. Segura A. Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG Editores, 1993.
9. Gonzalez Enriquez J. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. Med Clin 1989; 92(1): 15-18.
10. Silvestre A, Colomer C, Nolasco A, González L, Álvarez-Dardet C. Nivel de renta y estilos de vida ¿Hacia una ley de prevención inversa? Gac Sanit 1990; 20: 189-192.
11. Hopkins PN, Williams RR. Identification and relative weight of cardiovascular risk factors. Cardiol Clin 1986; 4: 3-31.
12. Haan M, Kaplan GA, Camacho T. Poverty and Health: Prospective evidence from the Alameda County Study. Am J Epidemiol 1987; 125: 989-998.
13. Fox AJ, Goldblatt PO, Jones DR. Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances? J Epidemiol Community Health 1985; 39: 1-8.
14. Whitehead M. The concepts and principles of equity in Health. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe, 1990.
15. Hurowitz JC. Toward a social policy for health. N Engl J Med 1993; 329: 130-133.
16. Ashton J, Seymour H. La Nueva Salud Pública. Barcelona: Masson, 1990.
17. Tudor Hart J. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-412.
18. Lundberg O. Causal explanations for class inequality in health-an experimental analysis. Soc Sci Med 1991; 32: 385-393.
19. Lardelli P, Luna del Castillo J, Masa J et al. Desigualdad en salud: La mortalidad perinatal e infantil en España. Gaceta Sanitaria 1993; 34: 21-26.
20. Lardelli P, Masa J, Maderuelo M et al. Infant, neonatal, postneonatal and perinatal mortality rates. Interannual and interregional differences. Soc Sci Med 1990; 33: 613-620.
21. Salleras L, Sentis J, Canela J et al. Facteurs sociaux et d'assistance sanitaire et mortalité perinatale en Espagne. Etude écologique. Rev epidem santé publ 1988; 36: 30-35.
22. Arias A, Rebagliato M, Palumbo MA et al. Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia. Med Clin (Barc) 1993; 100: 281-287.
23. Alonso J, Antó JM. Desigualdades de salud en Barcelona. Gaceta Sanitaria 1988; 4: 4-12.
24. Borrell C, Plasencia A, Pañella H. Exceso de mortalidad en un área urbana central: el caso de Ciutat Vella en Barcelona. Gaceta Sanitaria 1991; 27: 243-253.
25. Márquez S, García JL, Alvarez-Dardet C, Perea EJ. Incidencia de diarreas en una cohorte de niños en la ciudad de Sevilla. An Esp Pediatr 1990; 32: 2: 114-118.
26. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. Un primer comentario de los resultados. Madrid, 1987.
27. Van-der-Hofstad C, Ruiz MT. Alteraciones de la función sexual: análisis de factores condicionantes de una atención sanitaria efectiva. Med Clin (Barc) 1993; 103: 125-128.
28. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
29. Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and disease in women. N Engl J Med 1993; 329: 247-256.
30. Bennett JC. Inclusion of women in clinical trials. Policies for population subgroups. N Engl J Med 1993; 329: 288-292.
31. Regidor E, Rodríguez C, Ronda E et al. Evaluación de la calidad de la causa básica de defunción en los certificados de mortalidad. España 1985. Gaceta Sanitaria 1993; 37: 12-20.
32. Mingot M, Borrás JM. Mortalidad diferencial según el sexo en Cataluña. Gaceta Sanitaria 1992; 28: 8-12.
33. Meadows DH, Meadows DL, Randers J. Más allá de los límites del crecimiento. Madrid: El País-Aguilar, 1992.
34. Henderson H. Paradigms in progress, life beyond economics. Indianapolis: Knowledge Systems Inc, 1992.
35. Alvarez-Dardet C, Ruiz MT. Esperanza de vida, de igualdad y capacidad. Med Clin (Barc) 1993; 1-100: 20-22.
36. Rice M, Rasmussen E. Ciudades sanas en países en desarrollo. En: Ashton J, editor. Ciudades Sanas. Barcelona: Ed. Masson, 1993: 69-84.
37. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 1993. Madrid: Cideal, 1993.
38. World Bank. Investing in Health World Bank development report New York. Oxford: University Press, 1993.
39. WHO-Euro. The Health of Europe. Copenhagen: WHO Regional publications European series N.º 49, 1993.