
Globalización, desigualdad y pobreza: un reto para las políticas sanitarias

María del Carmen Olmedo Lucerón

Experta en Salud y Cooperación al Desarrollo. Máster en Salud Pública.
Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

La vinculación entre las desigualdades socioeconómicas y sus consecuencias en el estado de salud es tan evidente que ha constituido uno de los principales orígenes de la salud pública moderna. De todos los factores socioeconómicos que contribuyen al estado de salud del individuo, el principal factor negativo es la pobreza; es causa de enfermedad, y la propia enfermedad causa mayor pobreza, por lo tanto, mejorar la salud de una población equivale a mejorar su situación social y económica. Por otro lado, los patrones de desigualdad no se reproducen sólo a nivel global, entre países desarrollados y en desarrollo, sino también entre países con niveles socioeconómicos similares, y en los distintos grupos sociales de cada país, región o ciudad. Por tanto, las políticas sanitarias se deberían enfocar a disminuir estas diferencias y lograr una mayor equidad en salud.

Palabras clave: pobreza, desigualdades, equidad, políticas de salud.

Summary

The connection between socioeconomic inequalities and their consequences on health status is so clear that it has become one of the main origins of modern Public Health. Of all the socioeconomic factors that contribute to the individual health status, the principal negative factor is poverty. It is the cause of illness and the illness itself causes a greater poverty. Therefore, when health in a population is improved, this is equivalent to an improvement in their social and economic situation. On the other hand, not only the inequality patterns occur at the global level, between developed countries and developing countries, but also between countries with similar socioeconomic status, and between different social groups of each country, region or city. Therefore, health policies should be focused on reducing these differences and achieving higher health equity.

Key words: poverty, inequalities, equity, health policies.

La desigualdad social y económica como determinante de la salud

El medio ambiente es el más importante de los elementos que con-

forman la salud. Por ello, Carol Buck consideró poco apropiadas las recomendaciones del informe Lalonde, debido a que no daban el suficiente peso a este factor, el mayor causan-

te de enfermedad y a su vez el más fácilmente modificable. Quiso demostrar que “si el medio ambiente es inadecuado, también serán inadecuados los elementos relativos a la biología humana, el estilo de vida y la organización de los servicios sanitarios”¹. La salud se convierte en algo difícil de alcanzar si el medio ambiente incluye unas condiciones laborales peligrosas, trabajos alienantes y estresantes, carencia de las necesidades básicas, ausencia de apoyo social, y en consecuencia el empobrecimiento al que conducen todas estas circunstancias y que condiciona a su vez que la biología no se desarrolle adecuadamente, que los estilos de vida sean insalubres por las barreras al conocimiento y a las oportunidades, y que el acceso a los servicios sanitarios sea más difícil.

Así, la pobreza, como expresión de la desigualdad socioeconómica, y como consecuencia de un medio ambiente desfavorable, se convierte en uno de los más importantes determinantes de la salud, ya que crea tales diferencias en la salud y enfermedad de la población, según sus clases sociales, que no se pueden explicar por ningún otro factor de riesgo conocido, ni por los ya mencionados

condicionantes de la salud (biología, estilo de vida y sistema de atención sanitaria)².

Pero enfermedad y pobreza son dos términos cuya causalidad adquiere una doble dirección. Si bien la pobreza es causa de enfermedad, también la enfermedad “genera miseria”, como ya apuntaba Concepción Arenal en el siglo XIX³. Al analizar los efectos de la enfermedad en el pobre es fácil deducir que la pérdida de la salud ocasiona una disminución en los ingresos de éste y su familia, ya que incapacita a la persona para el trabajo. Por otra parte, el pobre tiene menos oportunidades, y en muchos casos un acceso más complicado a la asistencia sanitaria, cuyos gastos tiene más impacto en él que en las personas con recursos. Al final se ven inmersos en un círculo cerrado, que Ortún llama “la trampa de la pobreza”², de mayor desigualdad y empobrecimiento.

La desigualdad socioeconómica, además de la clara repercusión a nivel individual, también tiene una traducción en la vertiente social. La salud de las sociedades está condicionada por la pobreza que éstas albergan y por cómo se enfrentan a ella. Una sociedad más desigual en sus rentas

implicará mayor inestabilidad política y menor inversión de capital, por tanto, una sociedad de desarrollo más lento. Wilkinson explica cómo las sociedades con mayor cohesión social tienen menores desigualdades y mejor salud, y cómo esta cohesión social es el camino hacia la equidad⁴.

El concepto de equidad, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a la igualdad de oportunidades para disfrutar de todo el potencial de salud, frente al concepto de desigualdad que alude a aquellas diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas⁵. Por tanto, equidad en salud implica una dimensión moral, al plantear las desigualdades como algo evitable⁽¹⁾. Se convierte, de este modo, en un término que podría entrar en conflicto con la eficiencia, que busca producir los bienes y servicios que más valora la sociedad al menor coste social; pero podría convertirse en una

dificultad superable si la sociedad es capaz de establecer prioridades y sabe incorporar los valores de equidad de la mayoría de la población².

Las desigualdades en salud se refieren, por tanto, a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que indica la peor salud de los colectivos menos favorecidos y con mayor vulnerabilidad social. Así, un trabajo aparte merecería el análisis de las desigualdades socioeconómicas desde la perspectiva de género⁽²⁾, ya que indican una distribución diferente de los roles desarrollados por hombres y mujeres con respecto al trabajo doméstico, el medio laboral, la segregación existente en el mercado laboral, etc.⁶. A modo de resumen de esta dimensión tan relevante, se puede concluir que la salud de los hombres y mujeres es diferente y desigual: diferente por las diferencias biológicas, desigual por los factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de ambos sexos⁷.

⁽¹⁾ Equidad es un término que no atiende a una sola definición; diferentes corrientes y teorías (libertarios, utilitaristas, rawlsianos, etc.) han tratado de aportar su concepción. Probablemente nunca se llegue a un consenso, al ser una noción metafísica no ajustable a una sola definición. Según Elsa Gómez (2002) equidad no es lo mismo que igualdad; mientras que igualdad es más bien un concepto empírico, equidad está más relacionada con la ética, con la justicia social y los derechos humanos.

⁽²⁾ Género entendido como un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos, es decir, la construcción social del sexo biológico⁷.

Las desigualdades socioeconómicas en salud están aumentando. El mundo globalizado en el que vivimos ha extendido los factores negativos de la salud: las enfermedades y los riesgos están en ascenso, los servicios de salud se están debilitando, los recortes presupuestarios para las políticas sanitarias se han generalizado a nivel internacional, lo cual se acentúa en una época de crisis como la actual. Las consecuencias no han tardado en aparecer, en forma de enfermedades infecciosas emergentes y con la aparición de enfermedades nuevas. Las desigualdades son cada vez más profundas a todos los niveles, y entre grupos sociales no sólo persiste, sino que tiende a ampliarse⁸⁻¹⁰.

Países en desarrollo y desarrollados: una perspectiva global de la desigualdad

La globalización repercute sobre la salud en sus dimensiones ética, ambiental, económica, y sobre todo, en relación con la distribución del poder y la equidad. Franco hace referencia a este problema, y en su opinión “se explica en razón a la pauperización y la exclusión social, que perjudican

a amplios grupos de población”, lo cual obligaría a redefinir el concepto de salud, añadiéndole una nueva concepción política y solidaria que favorezca su universalización¹⁰.

Los países en desarrollo mantienen un sistema de atención a la salud que está en poder de las élites sociales y económicas. De esta circunstancia se deriva la gran incapacidad de los servicios de salud públicos para llegar a los más necesitados; a pesar de su mayor carga de enfermedad, los pobres reciben menos subsidios gubernamentales destinados al sector de la salud¹¹.

Así mismo, las desigualdades en salud reflejan desigualdades en relación con otras variables. Los pobres están en desventaja con respecto a los recursos familiares, ya que un nivel de ingresos inferior conlleva peor conocimiento de hábitos saludables, menor utilización de servicios de salud y menor acceso de la mujer a estos recursos, situaciones que afectan a la salud de toda la familia. Pero también la desventaja afecta a factores comunitarios (mayor aislamiento, mayor presión social) y a otros determinantes de la salud (mayores distancias para acceder a los servicios, menor calidad en la atención).

De otro lado, los países desarrollados también mantienen desigualdades palpables entre clases sociales, etnias, géneros, barrios o zonas geográficas. Por lo tanto, podemos hablar de la universalidad del concepto de desigualdad, que es la universalidad de una máxima esencial, que las ventajas sociales suponen un aumento de la esperanza de vida y un mejor nivel de salud¹².

Las desigualdades en salud en el marco europeo

El estado del bienestar nació en Europa como una forma de dar continuidad a la producción; era un medio de garantizar el bienestar y cubrir las necesidades básicas de la población mediante la redistribución de la riqueza. La existencia de un estado del bienestar fuerte implica una buena productividad, un buen desarrollo humano y una fuerte cohesión social, necesarios para lograr la equidad en salud.

Pero con la globalización de la economía y la aparición de las políticas neoliberales, hubo un recorte en los gastos destinados a sanidad y cambió el objetivo de satisfacer las necesidades sociales por el de satisfacer deman-

das concretas económicamente más rentables^{12,13}.

Como bien sugiere Barona “no son los países con mayor índice de riqueza los que aportan mejores indicadores de salud, sino aquellos que son más igualitarios”¹⁰. La salud no es sólo una cuestión de rentas, sino también de acceso a factores que influyen en la cohesión social. Uno de los objetivos cardinales que se plantea la Unión Europea como meta es conseguir la integración política y económica de todos los países que la conforman, con el fin de conseguir la paz, la cohesión social y el progreso, pero la existencia de desigualdades entre sus miembros representa una barrera para su consecución¹⁴.

La situación de España frente a la desigualdad

En uno de los más recientes estudios sobre desigualdad en salud en nuestro país, Rodríguez-Sanz y su grupo de trabajo evidenciaron que dentro del propio territorio español la clase social, la zona geográfica y el sexo son determinantes sociales que influyen en la aparición de enfermedades y desigualdades en salud¹⁵. Las

clases sociales más desfavorecidas y con menores niveles de renta presentaban peores indicadores, en forma de mayor mortalidad, menor esperanza de vida y peor estado de salud percibido. A su vez, estas diferencias seguían siempre un patrón geográfico norte-sur, que nos indica que el lugar donde viven las personas influye en la salud, independientemente de la situación socioeconómica individual, ya que las personas que viven en áreas geográficas con mayor privación material (recursos, servicios, medioambiente), presentan un estado de salud más deteriorado. En cuanto al sexo, se encontraron diferencias en los indicadores de hombres y mujeres, y se observó que su salud era diferente y desigual, siendo necesario un enfoque de género para explicar estas diferencias.

Por tanto, las desigualdades en salud en nuestro país existen. Y un sistema de salud no universal amenaza la equidad y la eficiencia de los sistemas, contribuyendo a las desigualdades por el diferente acceso de los grupos de población. El Sistema Nacional de Salud (SNS) español ha conseguido cubrir a casi toda la población, logrando niveles muy altos de equidad, calidad y efi-

ciencia, pero la universalización sigue sin ser un derecho de ciudadanía. Freire se ha referido a este problema en múltiples ocasiones al afirmar que “la justificación para establecer diferencias entre grupos de población difícilmente se argumenta. Desde una perspectiva de equidad no son defendibles subsistemas específicos para ningún colectivo laboral, y menos aún, para los que presentan un perfil de privilegio dentro de la economía española”¹⁶. Además estos sistemas fomentan, en gran parte de la población, la no utilización de la sanidad pública, además de minar la cohesión que representa el sistema sanitario público universalizado y facilitar la selección de riesgos para el sector privado.

Soluciones desde las políticas sanitarias

Concepción Arenal decía, al referirse a las desigualdades en salud, que “el mal que no está en la naturaleza de las cosas es obra de los hombres y puede ser evitado por ellos”³, por tanto, si es el hombre quien provoca las desigualdades, también será responsabilidad suya plantear las soluciones.

Soluciones a nivel global

Todos los términos expuestos hasta ahora aludían a la globalización de la desigualdad, pero se le puede dar un giro a este enfoque para llegar al concepto de “globalización de la salud”, que consistirá en utilizar los efectos positivos y las posibilidades del panorama global que se nos presenta para extender no la desigualdad, sino la salud a todas las poblaciones.

Una iniciativa para conseguir esta salud global podría ir encaminada a disminuir la brecha digital, colocando las redes de información al servicio de quien defiende unas condiciones de vida más saludables; así, los medios de comunicación servirían para capacitar a las personas, para identificar políticas saludables, colaborando para que los más pobres puedan tener mayor capacidad de elección y de toma de decisiones.

De otra parte, tendría que crecer el número de actores involucrados en el proceso de universalizar la salud, para que todos los individuos se sintieran corresponsables del cambio y se pudieran alcanzar soluciones más equitativas con mayor participación social¹⁷.

Así, serán necesarias unas nuevas relaciones internacionales, en las que

estos actores de base social puedan intervenir en las decisiones comerciales y defender intereses sociales y no sólo económicos, que son los que incrementan las desigualdades por la devastadora lógica del mercado.

Al fin y al cabo, para alcanzar una salud global será necesaria una política global que se aproxime a una nueva forma de gobernar la salud de todos, en la que adquieran un mayor poder los organismos internacionales y la sociedad civil en la defensa de los derechos de los más desfavorecidos por las desigualdades, con el fin de alcanzar una distribución más justa del poder y los recursos¹⁰.

Los países en desarrollo y los países desarrollados

Es obvio intuir que los más grandes problemas de salud pública que afectan a los países pobres encuentran el obstáculo a su resolución en la política, y no en los medios científicos y tecnológicos. En cualquier caso, debemos conocer en profundidad las desigualdades sociales por razones éticas, además de las económicas, y porque cualquier intervención encaminada a prevenir un problema o afrontar los que ya existen requiere el estudio de sus cau-

sas¹², al igual que la evaluación del impacto de los programas y políticas designados.

Las políticas en estos países tienen que defender que los pagos realizados por salud sean proporcionales a los ingresos de las familias. Se han de idear planes de protección frente a estas pérdidas, evitando los pagos regresivos de bolsillo, para que los empobrecidos no mejoren su salud a costa de su nivel de vida. Así se evitaría lo que comúnmente sucede: que las familias se empobrecen o aumentan la pobreza en la que ya viven después de asumir los costes de la atención sanitaria de alguno de sus componentes. Las políticas gubernamentales y de los organismos de ayuda deben tener en cuenta que los servicios de salud de países en desarrollo no llegan a los más pobres, y deberían dirigirse a reducir las desigualdades mejorando la calidad y accesibilidad de los servicios sanitarios desde la oferta, pero también los conocimientos, el saneamiento y los ingresos del lado de la demanda¹¹.

Por tanto, estos países que tienen una mayor dificultad para organizar un Sistema Nacional de Salud podrían utilizar algunas soluciones aplicadas con éxito en países en

desarrollo. Este reto podría intentar lograrse, por un lado, utilizando mecanismos informales, como los sistemas de financiación comunitaria, que protegerían a un mayor número de personas contra el riesgo de quedarse sin ser atendidos en caso de enfermedad o el empobrecimiento que les causaría afrontar los costes. Y por otro lado mejorando la fiscalidad, lo cual supondría una garantía de la estabilidad de los sistemas y se aseguraría la solidaridad entre generaciones y entre pobres y ricos¹⁸.

Se debe mencionar la responsabilidad de los países desarrollados con las desigualdades a nivel mundial. Puesto que para mejorar la salud de una población hay que mejorar su situación económica y social, las organizaciones internacionales están definiendo sus objetivos en salud como reducción de la pobreza, a través de los Objetivos de desarrollo del milenio. Sólo destacar que de los 8 objetivos tres de ellos se refieren directamente a la salud, y uno de ellos, el último y que atañe directamente al logro del resto, es el de fomentar una asociación mundial en la que todos los países colaboren.

Evitar la desigualdad no sólo requiere aumentar la riqueza, sino redistribuir

buir la misma. Este principio debe ser aplicado también por los países más avanzados para disminuir su propia desigualdad, haciendo que la redistribución no sólo repercuta en las rentas, sino en el aumento del gasto en salud pública. Los países que más invierten en programas públicos y ambientales, actuando sobre los determinantes de la salud, presentan un mejor perfil económico⁹.

Por último, es prioritario incluir un enfoque de género en las intervenciones de lucha contra la desigualdad en salud, bien fortaleciendo a la mujer desde su autoestima —*empowerment*— bien apoyándola desde políticas transversales —*mainstreaming*—. Ambas perspectivas se deben traducir en programas que analicen los roles de hombres y mujeres, cómo unos y otros acceden al control de los recursos y cómo participan en la vida social¹⁹.

España

La creación de políticas más igualitarias en salud es un tema abordado de manera similar por Barona y Ortún²⁻¹². Ambos autores plantean varios retos al SNS español, y coinciden con la Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la

OMS en la necesidad de orientar las políticas a los sectores más pobres de la población como medio para alcanzar una salud más equitativa, contribuyendo así a disminuir el gradiente social que sustenta la inequidad²⁰.

La experiencia internacional sugiere que es más eficiente y equitativa la existencia de una cobertura pública universalizada, pero solucionar los problemas de aseguramiento sanitario depende de la voluntad colectiva de mantener el pacto social, ya que para ello es necesario un alto grado de cohesión social que permita la transferencia de recursos de forma solidaria¹³.

Universalizar la salud se convierte así en un desafío para quienes trabajan en salud pública, estableciendo la obligatoriedad y universalidad del aseguramiento como forma de alcanzar una mayor equidad en salud.

Conclusión

Las desigualdades en salud son la manifestación de las grandes desigualdades socioeconómicas que caracterizan a la sociedad global de nuestros días y que tienden a acrecentarse. Detener esta evolución debería ser una responsabilidad y un compromi-

so de todos, y más allá de las políticas sanitarias supone un desafío para las políticas socioeconómicas en todos los niveles.

Los retos que se nos presentan son desmesurados, así que más que concluir estamos ante un futuro lleno de desafíos. Desde la salud pública se nos plantea la necesidad de una renovación en las concepciones, fortale-

ciendo su visión política. Desde los gobiernos, las instituciones, los individuos, el desafío consistirá en entender que resultará más rentable actuar de forma altruista, y que el objetivo ha de ser la colaboración y la solidaridad entre todos los hombres. El resultado será un beneficio común, conseguir una sociedad más igualitaria, más equitativa y más saludable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buck C. Después de Lalonde: hacia la generación de salud. *Bol Epidem OPS*. 1986;7(2):10-5.
2. Ortún V. Desigualdad y salud. *Politic Soc*. 2000;35:65-71.
3. Arenal C. El pauperismo. Madrid: Librería de Victoriano Suárez; 1897.
4. Wilkinson R. *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996. p. 137-53.
5. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5):454-61.
6. Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:2-6.
7. Rohlf s I, Borrel C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*. 2000;14 Supl 3:60-71.
8. Coto C. La globalización y el renacimiento de las enfermedades infecciosas. *Rev Química Viva*. 2005;1(4):35-41.
9. Saker L, Lee K, Cannito B, Gilmore B, Campbell-Lendrum D. Globalization and infectious diseases: A review of the linkages. *TDR/STR/SEB/ST/04.2*. Geneva. 2004;3(1):1-64.
10. Franco A. Globalizar la salud. *Gac Sanit*. 2003;17(2):157-63.
11. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5):316-26.
12. Barona JL. Globalización y desigualdades en salud: sobre la pretendida crisis del Estado del Bienestar. *Politic Soc*. 2000;35:31-44.
13. Vergara C. El contexto de las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8(1-2):7-12.
14. Calvete A. El Programa de Acción de la Unión Europea en el ámbito de la Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77(5):517-21.
15. Rodríguez-Sanz M, Martínez JM, Pérez G, Buxó M, Carrillo-Santistev e P, Vergara M, et al. Desigualdades en salud en el Estado Español: un cambio de siglo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 317-39.
16. Freire JM, Infante A. Universalización y aseguramiento sanitario en España. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:96-8.
17. Sánchez-Inarejos JJ. *La globalización al desnudo*. Madrid: Chaos-Entropy; 2001.
18. Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gac Sanit*. 2002;16(1):5-17.

- 19.** López I, Alcalde AR. Relaciones de género y desarrollo. Hacia la equidad de la cooperación. Madrid: Los libros de la catarata. IUDC/UCM; 1999.
- 20.** Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. OMS. Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del Informe final. 2008 (artículo en Internet). Consultado el 25 de octubre de 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.I_spa.pdf

