

Salud y sociedad: los impactos de la inequidad. Salud en el siglo XXI

Health and Society: the impacts of Inequity. Health in the 21st Century

Dr. Roberto Fuentes García¹

Palabras clave: *Políticas sociales públicas; inequidad y enfermedad; estancamiento de indicadores; fragmentación de servicios; evaluación de resultados; experiencia internacional.*

La pobreza es un tema que ha preocupado desde antiguo a quienes han investigado el tema salud y sociedad en los distintos grupos que la componen.

En 1820, William P Alison profesor de jurisprudencia médica en Edimburgo, Escocia, anotó en su informe para la ley de pobres inglesa: “Puede gastarse mucho dinero en eliminar los prados anegados de la vecindad y los estercoleros de la ciudad; pero ello sería ineficaz para prevenir la reaparición de la fiebre epidémica, mientras continúen como en tiempos actuales, las condiciones y costumbres de la gente más pobre y sus recursos se vean reducidos a la indigencia en esta ciudad y otras partes de Escocia”.

Louis René Villermé, precursor de los estudios sobre epidemiología social y la influencia de los factores socioeconómicos sobre la salud y mortalidad, publicó en 1830 su estudio: “Mortalidad en los distintos barrios de la ciudad de París. Demostración de la relación entre pobreza y enfermedad”. En 1840 dio a conocer su obra cumbre: “Encuesta sobre las condiciones físicas y morales de los obreros de las fábricas de algodón, lana y seda”, demostró que las increíbles condiciones en que se desenvolvían sus vidas, causaban su muerte prematura.

Rudolf Virchow padre de la patología moderna, también es considerado uno de los fundadores de la Medicina Social. En 1847 estudió una epidemia en Silesia y concluyó: “Que las causas de las epidemias eran sociales, económicas y físicas”. Recomendó: “Prosperidad, educación y libertad; que solo pueden desarrollarse en una democracia libre e ilimitada”.

Ludwig Teleky figura de renombre a principios del siglo XX en Medicina Social y del trabajo, defendió en Viena en 1909: “La necesidad de investigar las relaciones de salud de una población y sus condiciones de vida que dependen de su condición social”. También destacó: “Las relaciones entre factores nocivos que actúan con intensidad especial en un grupo social y las condiciones de vida de ese grupo o clase social”.

John A. Ryle primer profesor de Medicina Social en la Universidad de Oxford (1943), anotó: “Conciernen a la medicina social, todas las enfermedades prevalentes: reumática del corazón, úlcera péptica, cardiovascular, cáncer, las psiconeurosis y lesiones accidentales que se correlacionan con condiciones sociales y laborales que en algún momento deberán considerarse prevenibles”.

LAS BASES CIENTÍFICAS

Los progresos en salud pública del siglo XX se cimentan sobre bases muy sólidas, pero a menudo poco reconocidas.

El proyecto finlandés iniciado en 1972 destinado a frenar la epidemia de infartos al miocardio en su población, no surge de la nada. Existían bases suficientes, no solo teóricas para desarrollar un proyecto que movilizó a todas las instituciones y grupos integrantes de la comunidad. Sin embargo, como ocurre a menudo en la historia de la humanidad, se necesitaba el genio de un joven Pekka Puska para diseñar una intervención “arriesgada” como posteriormente lo declaró. El proyecto fue tan exitoso que redujo los infartos cardíacos en 80% en un lapso de 25 años. Pero al mismo tiempo la expectativa de vida aumentó 7

¹ Premio Organización Panamericana de la Salud 2000. Valparaíso, Febrero de 2018

años en varones y 6 años en mujeres. Las muertes por cáncer pulmonar disminuyeron un 60%.

En años posteriores los hechos se precipitan con el Informe Lalonde (1974), que propone un modelo destinado a generar nuevas políticas de salud. Aunque algunos autores reducen su importancia a un rol meramente histórico.

En las décadas siguientes se suceden gran cantidad de estudios e investigaciones que terminan por dar una impronta definitivamente científica a la relación salud y sociedad. Y se acoge la afirmación que: “Salud es un producto social. Que depende de la organización, estructura y funcionamiento del tejido social”

En 1986 Marmot publicó su trabajo de seguimiento de 10.000 funcionarios ingleses por 20 años, consignando sus eventos de salud y muerte a través del tiempo. Demostró que la mortalidad estandarizada por edad en 10 años, en varones entre 40 y 64 años, era tres y media veces mayor en funcionarios pertenecientes a categorías auxiliar y trabajador manual que en grados administrativos altos. (Estudio Whitehall).

Simultáneamente, un análisis de la mortalidad por clase social en Inglaterra y Gales durante el siglo XX, (Marmot 1986) muestra un claro gradiente de mortalidad en perjuicio de las clases más desfavorecidas. Pero, como las causas de muerte cambiaron en el transcurso de los 70 años estudiados, surge que las enfermedades cambian, pero los gradientes persisten y los grupos humanos afectados son siempre los mismos.

Es posible afirmar entonces que las patologías que acaban con la gente no son realmente causas de enfermedad y muerte, sino vías o mecanismos alternativos. El factor esencial es algo muy distinto y de carácter social.

Continuando por esta senda de investigación, se publica en 1994: ¿Porqué alguna Gente está Sana y Otra no? De Evas, Barer y Marmor patrocinado por el Instituto Canadiense de Investigaciones Avanzadas. El documento recopila magistralmente una serie de “hallazgos anómalos” acerca de los Determinantes de la Salud, los que respaldan el surgimiento de un nuevo paradigma en la materia.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Con tales respaldos y el cúmulo de investigación generada en las décadas precedentes, resultó natural que la Organización Mundial de la Salud convocara en 2005 la Comisión de Determinantes de la Salud que emitió su informe el año 2008.

En el informe, además de incorporar el conocimiento científico nacido de la investigación y los resultados exitosos de las múltiples intervenciones llevadas a cabo, se hacen recomendaciones a los gobiernos:

- Mejorar las condiciones de vida de las poblaciones: en las cuales éstas nacen, crecen, viven trabajan y envejecen.

- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Es decir, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida a nivel mundial, nacional y local.

- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materias de los determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Investigación científica y hechos empíricos diversos reafirman la importancia de los cambios en la estructura y funcionamiento socioeconómico de las poblaciones y sus repercusiones en los niveles de salud de los diversos grupos que las componen. La dinámica social actúa positivamente sobre los niveles de salud cuando mejora el funcionamiento del tejido social. Y a la inversa. impacta negativamente cuando se deterioran las condiciones socioeconómicas de las poblaciones. Es así como las crisis económicas impactan sobre la calidad de vida y en consecuencia sobre la salud. Estos cambios suceden en períodos rápidos de tiempo y no ocurren luego de decenios como antes se creía.

APLICANDO EL NUEVO PARADIGMA

Inglaterra durante las 2 guerras. La mayoría del incremento rápido en la expectativa de vida de Gran Bretaña durante el siglo XX, ocurrió durante las dos guerras mundiales. (Winter 1988). En las décadas que incluyen las guerras mundiales, la expectativa de vida aumentó entre 6 y 7 años para hombres y mujeres. Dos veces más rápido que la tasa de mejoramiento en el resto de las décadas del siglo.

A pesar del racionamiento de alimentos, en período de guerra hubo pleno empleo y una dramática disminución de las diferencias de ingreso. Además, las diferencias en los sueldos disminuyeron substancialmente.

“Si se pensaba que era esencial la cooperación de las masas en el esfuerzo bélico, debían reducirse las inequidades y aplanarse la estratificación de la pirámide social”. (Titmus. 1958).

La protección de la población de los rigores de la escasez propias del mercado, incluyó no solo el

racionamiento, sino también un sistema de control de precios y subsidios. Las tasas de pobreza relativa medidas en York se redujeron a la mitad entre 1936 y 1950. (Townsend 1979). Una encuesta de pobreza efectuada en 1950 encontró solo un 8% de pobreza relativa. Pero a principios de los 90s, la pobreza relativa se había triplicado.

Este ejemplo muestra que la distribución del ingreso puede servir de mediador para importantes y numerosos aspectos sociales que favorecen la cohesión social.

El deterioro de las condiciones materiales de vida de la población, como contrapartida nos conduce a valorar el impresionante mejoramiento de las tasas de muerte cuando mejora la distribución del ingreso.

Wilkinson demostró que, a finales de los 80s en Gran Bretaña, las diferencias de ingreso crecieron rápidamente. El coeficiente de Gini, así como la relación de ingresos entre el 20% más rico y 20% más pobre, se ampliaron rápidamente desde mediados de los 80s. La inequidad se incrementó en este período a tasas sin precedentes, golpeando especialmente a la clase trabajadora y sus hijos.

Simultáneamente, se aprecia una sorprendente coincidencia entre el período de mayor inequidad en los ingresos en Inglaterra y Gales entre los años 1984 y 1992, con un enlentecimiento en el descenso de las tasas de mortalidad en tres grupos de edad. Las tasas de mortalidad infantil; mortalidad entre 1 y 19 años y adultos entre 20 y 40 años atenuaron su tendencia a la baja en el período en que se incrementó la inequidad en ese país. (Unhealthy Societies, 1996)

Por otra parte, Bobak y Marmot (1995) estudiaron las llamativas diferencias en la expectativa de vida en Europa, con énfasis en las cifras de Europa occidental y del este. Entre 1970 y 1991 los países de Europa central y del este (integrantes de la antigua Unión Soviética) disminuyeron su expectativa de vida en varones hasta 15 años.

Lo anterior ocurre en marcado contraste con los incrementos en el mismo indicador de la Unión europea y los países Nórdicos. Las diferencias son amplias. En 1991 la expectativa de vida de varones en Hungría fue de 52 años, comparada con cerca de 62 años en Islandia, Suecia, Grecia e Israel. Para mujeres, mejoró la expectativa de vida en toda Europa; pero al igual que en varones, las diferencias se profundizaron entre este y oeste. El cambio se produjo alrededor de 1970. La expectativa de vida continuó mejorando en los países de Europa occidental, pero se estancó o declinó en los países de Europa central y del este.

Sin embargo, hasta principios de los 70s, los niveles de salud en Europa oriental eran ampliamente

comparables con los de occidente. En países como Rumania, Bulgaria y Alemania Oriental, la expectativa de vida era más alta que en Alemania Occidental. Se alcanzaron altos niveles de salud a pesar de estándares de vida más bajos que en Occidente, condiciones normalmente asociadas con menores niveles de salud.

Amartya Sen revisó en 1981 el mejoramiento de la expectativa de vida en 100 países desarrollados y en desarrollo entre 1960 y 1977; 9 de 10 países de la Unión Soviética estaban en el 25% de los que más habían mejorado su expectativa de vida.

¿Que sucedió desde fines de los 70 para que la situación cambiara? Atkinson y Michelwright (1992) describen un incremento de la inequidad en varios países del este.

Pero también es claro que políticamente se produjo un importante deterioro en el tejido social, con características de desintegración y la aparición de estratos y jerarquías sociales antes inexistentes. Tales condiciones acompañaron un incremento en diferencias de ingreso, generando inequidad entre grupos sociales.

Caso contrario es el de Japón país que detenta la más alta expectativa de vida en el mundo; (84 años. OMS 2015) En efecto: desde los años 60 del siglo pasado, la expectativa de vida japonesa ha aumentado rápidamente, en la medida que se han estrechado las inequidades en el ingreso de su población. Ha evolucionado desde una sociedad agraria a una con avanzado nivel de desarrollo. Desde el período de postguerra, las diferencias en el ingreso en la sociedad japonesa han disminuido aceleradamente. Actualmente y desde hace varias décadas, la inequidad en la distribución del ingreso es considerablemente menor que en los países occidentales.

En el caso de Japón, lo importante no es la idealización de una sociedad menos desgarrada por la división de clases; es la asociación de una reducción en la distribución del ingreso, con una esfera pública de vida que tiene un real contenido social.

Kawachi, Kennedy y cols. establecen que la cohesión social está estrechamente relacionada con la distribución del ingreso y la mortalidad en USA. Pero que se puede extrapolar a otras latitudes y países. (Social Capital, Income Inequality and Mortality. American Journal of Public Health. 1996.)

EL FENÓMENO EN CHILE

En la historia reciente de Chile también encontramos episodios que relacionan inequidad en la distribución del ingreso con tasas de mortalidad. Durante la crisis económica de los 80s, la tasa de

desempleo se elevó a 20% de la fuerza laboral. En octubre de 1982 se creó el Programa de Ocupación para Jefes de Hogar (POJH). En noviembre de 1983 el programa incorporaba 228.491 personas, reflejando el impacto de la crisis en la población. El programa finalizó en diciembre de 1988.

Desde fines de los 50s y 70s la tasa de mortalidad infantil en Chile venía disminuyendo fuertemente. Desde 55,4 en 1975 a 19,6 en 1984. Disminuye solo a 19,5 en 1985 y 16,0 en 1990, evidenciando un claro enlentecimiento en la velocidad que traía su disminución durante los años precedentes. Y coincidiendo con la crisis económica.

Lo anterior es más evidente al comprobar que en los años posteriores la tasa de mortalidad infantil recupera su tendencia previa a 1984 y cae a 11,1 por mil el año 1995.

A semejanza del caso descrito por Wilkinson para Gran Bretaña, la crisis económica chilena en los tiempos del POJH, repercutió negativamente en la salud de la población, ejemplificada en este caso en las cifras de mortalidad infantil en esos años.

Recientemente Ivan Serra y cols. han comunicado un estancamiento o deterioro en los indicadores clásicos de mortalidad en Chile la última década. Propone que esta crisis es consecuencia del modelo neoliberal de mercado vigente. (Chile, indicadores de mortalidad estancados y deteriorados. ¿Consecuencia del modelo de mercado impuesto? Cuadernos Médico Sociales. 2016.)

En mortalidad general, Serra destaca que ésta permaneció estable entre 1997 y 2006, con cifras entre 5,1 y 5,4. Posteriormente comienza a subir, alcanzando 5,6 y 5,7 en 2013 y 2014.

La mortalidad materna anotó 12,2 muertes maternas por 10.000 nacidos vivos en 2003 y 16,5 en 2008. Subió a 22,1; 21,4 y 22,2 entre 2012 y 2014.

Mortalidad infantil. Como mencionamos previamente, ha sufrido una disminución impresionante desde 1950, interrumpida sin embargo por la crisis económica de los 80s. Serra cita la tasa del 2002: 7,8 por mil. Posteriormente ha oscilado entre 8,4 y 7,3 con promedio y mediana de 7,8 entre 2003 y 2014. Es decir, un evidente estancamiento.

La mortalidad neonatal que bajó de 8,5 en 1990 a 5,0 en 2000, permanece luego estancada con promedio y mediana de 5,2 entre 2006 y 2014.

Cáncer de mama. Muy estable hasta fines de los 90s con 12 y 13 muertes por 100.000, aumenta en los últimos años a 14 y 15 en mujeres de todas las edades. La tasa fue de 15,8 en 2014.

Cáncer de próstata. En constante aumento. Es la segunda causa de muerte oncológica en varones:

15,4 muertes por 100.000 en 1997. Pero en 2013 y 2014 alcanzó tasas de 23,4 y 23,3.

De lo anterior, Serra concluye que la evolución negativa reciente de los indicadores de salud clásicos durante la década estudiada, son consecuencia del modelo neoliberal de mercado vigente y profundizado desde 1990.

Estudios como el de Serra invitan a profundizar el tema, analizando las mismas cifras según nivel socioeconómico de los grupos. (por deciles o quintiles). Pues quienes se enferman más y mueren prematuramente son los grupos socioeconómicos del fondo de la escalera social.

Coincidentemente, nuestro país arrastra el dudoso prestigio de ser uno de los países con las cifras más elevadas de desigualdad en la distribución del ingreso entre países con ingreso medio alto. En inequidad, Chile es comparable con países con ingreso medio bajo, como Honduras y Guatemala.

En noviembre del 2015 la OCDE presentó su estudio económico, incluyendo el informe sobre distribución del ingreso. Nuestro país rankea como uno de los más desiguales con un índice de Gini de 0,503 entre 2006 y 2011, junto a Turquía y México. La situación contrasta con Finlandia, Dinamarca y Noruega con un índice de 0,261.

La ONU considera que un Gini superior a 0,400 es una cifra que debe producir alarma por las repercusiones sociales que pudiera generar.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Como hemos revisado, se acepta universalmente que los niveles de salud de las poblaciones son resultado de la estructura y funcionamiento del tejido social. Por lo tanto, las políticas destinadas a mejorar la salud de los grupos socioeconómicos que constituyen nuestra sociedad, deben pasar necesariamente por políticas sociales en el más amplio sentido de la palabra. Que mejoren la equidad en la distribución del ingreso, las remuneraciones y las condiciones del trabajo, la calidad de la educación, el acceso real a la atención curativa de salud, acceso a vivienda digna.

Nos hemos referido reiteradamente a la regresiva distribución del ingreso en Chile. Tal condición siendo nefasta para los resultados de salud, evidencia además una severa injusticia social.

No es fácil modificar esta condición pues el modelo económico vigente con sus negativas repercusiones sociales, es defendido férreamente por las distintas ideologías que han detentado el poder hasta el momento.

Por otra parte, las distintas autoridades políticas y técnicas que han dirigido el sector salud, se han comportado como si desconocieran las políticas en práctica en países de mayor desarrollo. Aunque han visitado nuestro país prestigioso impulsores de las nuevas políticas: (Marmot, Wilkinson, Kawachi), quienes han expuesto sus planteamientos ante nutridos auditorios, no se aprecian repercusiones en la práctica.

Debemos reconocer, sin embargo, un importante programa que va por la senda correcta, fundado en las recomendaciones de la OMS: el “Chile crece contigo”.

Las severas deficiencias del sistema público de atención se deben a causas múltiples que no es del caso tratar en este momento. La reforma del 2005 perdió la gran oportunidad de producir una actualización de nuestros sistemas de salud al siglo XXI, pues no apuntó a las verdaderas fallencias de los sistemas. La autoridad de la época desechó una buena propuesta participativa, reemplazándola por otra ideologizada que propugnó el concepto de “separación de funciones”.

Aplicando aquel concepto, la legislación redistribuyó funciones, departamentos y personal entre las instituciones ya existentes y creando

otras superestructuras que no han aportado a la solución de las necesidades y requerimientos de los pacientes. Más aún la reforma legisló la fragmentación de los Servicios de Salud, creando los hospitales autogestionados, lo cual rompe la integralidad funcional de la red de salud.

Se encuentra pendiente entonces una verdadera actualización de los sistemas de salud en nuestro país. Como hemos descrito, la salud de la población no depende exclusivamente del Ministerio de Salud. La clave está en el desarrollo de políticas públicas que abarquen todo el espectro social a través de todos los ministerios.

En cuanto al Sistema de Atención Curativa de Salud, los cambios deben estar guiados solo por las necesidades y requerimientos de los usuarios, abandonando planteamientos ideologizados o defensa de prácticas que han demostrado ser ineficaces.

Por último, es adecuado recordar que los resultados deben medirse y además evaluarse de acuerdo a los impactos que producen sobre la población de usuarios. Si los impactos son negativos, hay motivos para desechar lo que no resulta y por el contrario, potenciar lo realmente efectivo.