

Salud, Enfermedad, Economía, Población, Territorio (Parte I)

Reinaldo Bustos Domínguez¹

Gonzalo Ulloa Valenzuela²

INTRODUCCIÓN

El propósito de este artículo es una revisión y una puesta al día de la compleja temática sanitaria de la desigualdad en salud a la luz de la emergencia de la pandemia de Covid-19. Esta revisión será publicada en dos partes, la primera parte abordará el rol de la economía en las desigualdades en salud, para dejar en la segunda parte como esto contribuye a la sindemia por COVID-19.

Las múltiples expresiones de la pandemia se revelan como un “hecho social total” (1), es decir, implica tanto en sus causas como en sus consecuencias, el conjunto de las instituciones y la sociedad. Los signos pandémicos son paradójicos: todos los países son afectados por el virus pero no todos de la misma forma, todos los sectores (salud, empleo, educación, economía) sufren las consecuencias con variaciones entre y al interior de los países, los elementos sindémicos de epidemias anteriores (obesidad, enfermedades crónicas) se revelan evidentes identificando los mecanismos que vinculan la economía a la salud, y las diferencias etarias, sociales y geográficas de su impacto; los cuerpos “moleculares” cerrados se transforman en “porosos”, abiertos a la influencia del medioambiente, donde las causas de las enfermedades se resisten a ser explicadas a nivel individual sino más bien como productos complejos de encadenamiento de factores sociales y biológicos en múltiples niveles; la biotecnología, el mercado y los sistemas de salud se muestran insuficientes frente a la crisis, los gobiernos erráticos en sus respuestas.

Un examen de los elementos anteriores, tomando como eje las desigualdades frente a la salud y enfermedad consideradas como productos sociales, podrá poner en perspectiva la necesidad de análisis críticos y cambios necesarios. Ello nos obliga a interrogarnos sobre la organización de nuestros sistemas y conceptos en salud, de nuestra economía, de la génesis de las desigualdades sociales frente a la enfermedad y la muerte, del riesgo creciente de un modelo de crecimiento que ignora el medio ambiente y el cambio climático, del rol de la medicina y la salud pública en la vida colectiva. Al mismo tiempo, este artículo es una invitación a una discusión teórica amplia y pluridisciplinaria, acerca de la necesidad de hacer posible sociedades más saludables, integradas e igualitarias, considerando el “cuerpo” concreto de los seres humanos como un “espejo proyectivo” de la salud/enfermedad y orientador de la construcción de bienestar colectivo. Para tal efecto, la genealogía del cuerpo es un buen punto de partida para diferenciar los dos caminos en que se ha desarrollado la medicina moderna a partir de fines del siglo XIX: la biológica y positivista que ha predominado hegemónicamente alrededor de la biotecnología y la individualidad de la enfermedad, y la medicina social que, desde sus comienzos releva los aspectos medioambientales y el contexto de producción del mal/enfermedad, aunque después se asimile a una visión estadística y a los factores de riesgo individual, olvidándose de la “porosidad” del cuerpo al ambiente contextual, como lo señala Hipócrates 2500 años antes, y lo rescata la epigenética y la nueva biología del siglo XXI.

La pandemia de covid-19, a la luz de las desigualdades que se revelan frente a la enfermedad y la muerte, recupera la necesidad de considerar ambas perspectivas (medicina individual y medicina social), en las dimensiones científicas, metodológicas, técnicas, organizacionales, éticas y políticas en el desarrollo

1 Médico-Psiquiatra, Magister en Sociología (U.C.), Ph. D. en Salud Pública (U. C. de Lovaina)

2 Médico-Cirujano, Magister en Salud Pública UC

e implementación de los sistemas sanitarios, las concepciones de salud y enfermedad y las respuestas a tales desafíos.

1.- ANTECEDENTES

El desarrollo de la medicina moderna y su derivación eminentemente económica en el mundo “moderno”

En un artículo anterior (2) hemos realizado una genealogía del cuerpo humano como sujeto y objeto de las prácticas médicas mostrando cómo éste ha mutado en el curso de la historia de la medicina, desde el período clásico griego hasta la época contemporánea, desde un “cuerpo cósmico” abierto a las influencias externas, a un “cuerpo molecular”, cerrado y concebido como el asiento hegemónico de la etiología (y de la curación) de la enfermedad. Este desplazamiento tiene un momento apoteósico con los orígenes de la inmunología. Ed Cohen, en su libro (3) Jarbe, nos señala que dos artes tan opuestas como la medicina y la guerra, se confunden en el campo de la inmunología. Para argumentar esta aseveración, recurre a la genealogía del concepto para demostrar que el “cuerpo” que consolida a la medicina como una disciplina central en la modernidad, en la “lucha” contra el caos que puede representar la enfermedad en el espacio social, es al mismo tiempo el que se consolida como objeto de la política (4, 5) en la configuración del Estado moderno, como un cuerpo reducido a una condición de fortaleza defensiva. Así, el arte de la conquista y la defensa, de la cura y la expiación del mal/enfermedad encuentran un espacio común. Sus orígenes remontan a Roma que en su ordenamiento jurídico contempla la figura de la inmunidad como una “figura de excepción” para liberar a algunos ciudadanos de las obligaciones políticas o de la responsabilidad jurídica, la que en sucesivas mutaciones alcanza la connotación de una ley natural en el seno de la biología y la medicina moderna dando origen al moderno “cuerpo” molecular de la biomedicina, asiento de la enfermedad y de su curación. La inmunidad, en su largo recorrido de transmutaciones metafóricas, llega así a la medicina para constituir un campo de contradicciones que afirma, por un lado, un cuerpo humano que tiene la capacidad de defenderse de las agresiones externas y por el otro, enfrentado a un medio hostil que lo rodea, se encuentra siempre amenazado, un cuerpo siempre vulnerable, siempre susceptible a un riesgo destructivo por la enfermedad.

Cohen nos recuerda que antes de que

Metchnikoff vinculara la inmunidad como concepto médico a la defensa del organismo --reafirmando el parentesco político en los usos del concepto que resalta el parecido del actuar de la naturaleza con el actuar del soberano político--, la potencia metafórica con que hemos encarnado la idea de inmunidad y la protección que le asignamos, puede explicarnos la esperanza puesta por la humanidad en las vacunas para el coronavirus, como si se tratara de una lucha entre un agente externo (el virus) y un cuerpo armado de anticuerpos, artificialmente producidos en un laboratorio en la forma de una vacuna, sin ninguna otra mediación social, cultural o ambiental, sin una pizca de complejidad. La bio-tecnología sería la solución última y definitiva, la panacea infalible ante los peligros a los cuales se enfrenta la comunidad política afectada. Lo podemos entender en todo su sentido—siguiendo a Cohen—cuando se entrelaza los efectos híbridos de tipo biológico y político que se revelan con ocasión de una pandemia como la que estamos viviendo. La relación entre nociones jurídicas de orden o eximición y nociones científicas del derecho natural, se hacen transparentes. La misma palabra epidemia referida a enfermedad tiene un origen en el “demos” griego, que significa un distrito geopolítico, es decir, la comunidad política humana es la afectada, a diferencias de las epizootias, que afectan a los animales, que tienen como antecedente el zoon, de naturaleza apolítica. No en vano, el discurso político contemporáneo ha rehabilitado la expresión de la defensa contra un “enemigo invisible” (el COVID-19), como otrora fuera considerado el cólera, elevado a la condición de una fuerza invasora que requiriera de barreras defensivas dentro del individuo para combatir su poder destructor. En la génesis de la inmunología moderna se produce una metamorfosis que instala una comprensión de la defensa de los cuerpos como una función del organismo biológico aislado, haciendo radicar la función de la defensa en un grupo de células, los macrófagos, que serían de aquí en adelante los agentes especializados en la cura de un individuo. En las conferencias que Metchnikoff presentó en Londres (Conferencias Harben del Real Instituto de Salud Pública) como señala Cohen, defiende la vacuna —como Koch—y manifiesta su hostilidad ante la anacrónica e incompetente Higiene Pública, representada por sus opositores, planteando una “Nueva Higiene Pública”, cuya característica central radicará en los individuos, asegurando que en tanto se descubrieran los microbios patógenos se podría librar una lucha eficaz contra

las enfermedades, contra todos los esfuerzos ineficaces anteriores. Los fagocitos nos librarán de nuestros enemigos. Con ello se redefine desde las bases todo proyecto higiénico aceptando que los fagocitos son los brazos armados del poder de defensa individual, anudando una política de higiene pública al bienestar ciudadano como miembro de una población a comienzos del siglo XIX, lo que con el paso de los años se individualizará mucho más hasta llegar a enraizarse en nuestras células y partículas subatómicas. Así llegamos, en la actualidad, a un cuerpo **molecular**, que basado estrictamente en la biología, pretende explicarnos el origen de todos los males y la fuente de todas las soluciones. Y es el punto de encuentro de la medicina con la economía en su máxima expresión, la neoliberal. El cuerpo, en tanto entidad concreta es el único que hace converger distintas dimensiones de la vida social: política, biológica y económica.

El giro económico de la medicina

El filósofo M. Foucault (6) nos dice que la medicina se imbrica primariamente con la economía en la modernidad naciente como una disciplina que juega un rol central en la consolidación de un orden social que permita el despliegue de la idea de progreso: en la medida que surge como una barrera efectiva para contener el caos que implica la enfermedad y se erige como rectora de cuerpos sanos y fuertes, contribuye a la expansión de la economía y del orden productivo de una nación. Esta idea “aditiva” de la medicina, se ha transformado radicalmente desde los años 80 del siglo pasado, momento histórico en que se produce la entronización de un nuevo discurso económico, el neoliberal, que introduce a la medicina convirtiéndola además en fuente “productora” de valor económico. Examinemos brevemente esta mutación que hace converger el cuerpo molecular de la biotecnología médica y la filosofía económica del desarrollo neoliberal por la relevancia que adquiere para las transformaciones de las políticas sanitarias en nuestro país en búsqueda de las correcciones a un modelo que acentúa las desigualdades de salud y enfermedad, como se demostrará más adelante.

El neoliberalismo, que conceptualmente debe bastante al teórico político Friedrich Hayek y al economista Milton Friedmann, tiene como principales postulados de que el mercado es la forma normal, natural y preferible de organización de toda interacción humana, porque maximiza la libertad de libre elección y es lo más eficiente para maximizar el bienestar humano (Cf. De Lagasnerie, G., La última lección de M. Foucault

“Sobre el neoliberalismo, la teoría y la política”. FCE, Buenos Aires, 2015). De ahí se desprende la idea de que el Estado debe actuar en subsidio del mercado, al cual debe garantizarle un eficiente funcionamiento a través de la normativa jurídica e institucional correspondiente. Esta dimensión funcional se desdobra en una ideología subyacente caracterizada por la noción de “homo economicus” que realza la iniciativa individual y la noción de que somos “empresarios” de nosotros mismos. Su objetivo estratégico es desarrollar una subjetividad individual, cuya complejidad es necesario develar para comprender posteriormente la imbricación “colusiva”, entre otras, de la gestión de la salud y la enfermedad con la economía neoliberal y las consecuencias derivadas.

El neoliberalismo, como ideología económica, se propone introducir la competencia como principio organizador y ordenador de la sociedad, duplicado de una idea de capital humano, donde los factores psicológicos individuales tienen un rol fundamental en la valorización de la vida. Al convertirnos en empresarios de nosotros mismos que tratamos de maximizar los beneficios, debemos optimizar todos los recursos disponibles en todas las dimensiones de la existencia: el incremento de nuestro capital y autosatisfacción dependen de nuestra responsabilidad individual y nuestro fracaso, es una falla personal de autogestión, un defecto ético, un riesgo calculable que debiera ser previsto. El riesgo se transforma así en una pieza estratégica en la gestión de la fuerza de trabajo y de esta manera observamos el incremento de técnicas de control en que la amenaza permanente a la continuidad laboral se conjuga con la gestión del deseo humano al consumo y la necesidad de resistir la competencia extrema y la precarización laboral. Consumir salud en una de sus dimensiones se convierte también en una técnica de resistencia para los sujetos que deben esforzarse para alinear la necesidad de adaptación a la vida laboral y las exigencias gerenciales de la empresa. Paradójicamente, las exigencias de rendimientos y la hiperadaptación, por otro lado produce patología a la forma de estrés crónico, depresión, problemas músculo-esqueléticos, cáncer, obesidad, hipertensión arterial, diabetes, etc., en que como resultado final de la explotación de los afectos y las expectativas en base a la pretendida libertad y motivación genuina de los sujetos neoliberales, se descubre una lógica de gobernanza que desde la empresa se despliega para normalizar las conductas y motivaciones más íntimas de los sujetos avaladas por el Estado, creando de este

modo una forma de existencia donde la mayoría de los individuos que no posee más que su propio cuerpo y un capital variable de cultura o educación, en el contexto descrito antes, tenga que endeudarse para tratar de extender sus expectativas vitales, generándose un círculo vicioso de mayor subyugación, deseos de superación y exigencias. Sin duda, los cuerpos más pobres necesitan de un mayor consumo de salud para mantenerse rentables. En estos intersticios se instala la medicina del cuerpo molecular como eficaz soporte de la capitalización del sujeto-cuerpo neoliberal. La relación “colusiva” entre neoliberalismo y medicina la examinaremos con más detalle en tanto, su complejidad pasa tanto por la producción de patologías como por sus estrategias de control individual y colectiva, configurando una extensión de la biopolítica de gestión de la población, cuyo estudio fuera inaugurado por M. Foucault y continuado por otros autores entre los que destacamos a N. Rose (7).

El planteamiento central de Rose se inscribe en una cartografía de una forma de vida emergente del presente de las prácticas médicas en conjunción con un desarrollo biotecnológico en un contexto biopolítico de tipo neoliberal. Esta redefinición amplía es el resultado de algunas mutaciones significativas en varias dimensiones del pensamiento médico y político contemporáneo donde la “vida misma” empieza a ser objeto de regulaciones, modificaciones y gestión teniendo como noción central el gobierno del “riesgo biológico” en la población. Su argumento se apoya sobre cinco tendencias que surgen en los años 80 del siglo XX.

a) la “molecularización” de la biomedicina que considera los fenómenos biológicos de la vida como un conjunto de mecanismos, que se pueden comprender como entidades posibles de identificar, movilizar, recombinar mediante nuevas prácticas de intervención ya no limitadas por la normatividad aparente de un orden natural (por ejemplo, mediante la genética)

b) la optimización, en qué tecnologías ya no están limitadas por los polos de la salud y enfermedad, sino que aspiran a lo mejor posible de quienes se someten a ellas, (por ejemplo, aumentando las capacidades de concentración y rendimiento en el trabajo),

c) el giro subjetivo de la biopolítica, con la aparición de una nueva identidad en que los pacientes se transforman en usuarios y consumidores, responsables de su propia salud y bienestar y, por lo tanto, gestores de su riesgo corporal,

d) el conocimiento somático especializado, que

expande la generación de especialidades y subespecialidades en el “gerenciamiento” de aspectos particulares de la vida somática, y

e) la convergencia del pensamiento económico y la salud, como desarrollo del bio-capital humano, el mercado de la prevención del riesgo y la globalización.

Esta línea de desarrollo sumariamente esbozada, basada en términos generales en la “molecularización” biológica de la vida, la individualización del riesgo y la dirección eminentemente económica del proceso ha sido seriamente puesta en duda por la pandemia de Covid-19. Sin embargo, debe ser explicada y argumentada científicamente en forma consistente para pensar alternativas a un modelo que ha alcanzado sus límites en términos de desigualdades en salud territorial, ambiental, social y económicas, que se discutirá a continuación.

Desigualdades en salud territorial, poblacional y económica

El “Corpus Hipocrático” escrito hace 2500 años señalaba en uno de sus “Tratados” (8) las influencias medioambientales sobre la salud de los cuerpos haciendo de éstos el espacio de proyección de los fenómenos de salud/enfermedad; así los aires, las aguas y los vientos son factores etiológicos de los males y enfermedades de los hombres antiguos. La biología actual y las ciencias sociales han rehabilitado estos conceptos dotándolos de una gran fuerza explicativa y epistemológica para hacernos saber que los cuerpos de los individuos no son meras mónadas individuales sin relación con el contexto externo. Meloni (9), en su análisis genealógico del cuerpo post-genómico, señala que la epigenética y los estudios del microbioma nos ofrecen una visión nueva y transformadora de que los cuerpos humanos son porosos y plásticos, sensibles y permeables, con gradientes desiguales de plasticidad y resistencia de género, etnia, geografía y, por lo tanto, responden diferentemente a las influencias del medio: las toxinas, los alimentos, el estrés, el estatuto socio-económico se “internalizan” en los cuerpos contemporáneos como en la Grecia antigua los hacían las aguas, los lugares o los vientos, y todo esto demostrado por la biología molecular y la genética de comienzos del siglo XXI.

Por ello, consideramos que la salud de los cuerpos individuales (y de la población por extensión) son un espacio de estudio privilegiado de un fenómeno extenso y emergente, donde la desigualdad frente a la enfermedad y la muerte puede ser explicada de una manera diferente y contribuir a repensar la forma y el fondo de una sociedad más

justa. ¿Qué es la desigualdad? El concepto es históricamente antiguo. En la modernidad temprana es recogido por Rousseau, donde la salud desigual de los hombres es comprendida como un hecho natural. En el comienzo de la tercera década del siglo XXI el concepto cobra un nuevo sentido que se ha hecho visible políticamente a través del sufrimiento concreto de los cuerpos por la pandemia de Covid-19. Es lo que pretendemos hacer comprensible en este artículo al desplazar al campo concreto y sensible de la salud las referencias académicas de la idea de desigualdad sobre la distribución del ingreso o la riqueza de un país representado en medidas estadísticas abstractas. De hecho, la percepción ciudadana ha alcanzado un nivel cualitativamente distinto que rompe con la equiparación del concepto de desigualdad con las mediciones distributivas consideradas como medidas neutras de la economía para elevarlo a un problema ético y de justicia distributiva real. Respecto de ella, ¿existen normas absolutas que permitan su calificación? Dada su relación con la ética y la justicia, ¿no depende de los tiempos y los contextos? ¿Cómo construcción cultural e histórica no depende de la acción de los hombres en el tiempo y en el espacio social? En este sentido, ¿Rousseau tiene razón al decir que la salud de los cuerpos es una desigualdad natural? ¿o es un problema que debemos esclarecer? Las evidencias basadas en los estudios actuales de la salud y la enfermedad en relación al contexto socioambiental, nos hablan de que se constituyen como un problema construido socialmente. Y, que la sociedad puede reducir en tanto no pertenecientes a un pretendido orden natural inmutable. Rousseau, sin duda, no estaba en lo correcto.

Concretamente, después de la segunda Guerra Mundial y especialmente de los años 80 del siglo pasado, la gestión de la “vida misma” se ha transformado en el relevo de los proyectos políticos modernos (capitalismo y socialismo que confiaron erróneamente que bastaba el mercado o el estado para realizar los valores del progreso y de bienestar humanos); gracias precisamente, a la “molecularización” de la cultura. Con esta idea queremos englobar tanto la representación social de lo que se espera de los avances bio-tecno-médicos, como de la autopercepción corporal que tienen los sujetos de perfección de los cuerpos basada en la biología y el avance tecnológico para así maximizar su rendimiento en una sociedad altamente competitiva e individualizante. Esta matriz de rendimiento y perfección es el ideal del mundo contemporáneo gobernado por la ideología neoliberal: su resultado

ha sido paradójicamente, una creciente desigualdad en el mundo. La pandemia viral lo ha puesto en evidencia, y específicamente, en la producción de una vulnerabilidad diferencial y de desigualdad social frente a la salud y enfermedad que lejos de desaparecer, --como lo sustentaban los economistas de la salud que preconizan la individualidad del riesgo y el autocuidado eficiente de la salud del empresario de sí mismo en un ambiente igualitario de acceso a los bienes del progreso--, ha revelado su profundidad y expansión, al extremo de hacer evidente los mecanismos económico- culturales básicos de cómo se han juntando los polos productivos de enfermedad a la producción de valor económico “por la” enfermedad.

La desigualdad en salud es, a la luz de una justicia social mínima, moralmente inaceptable. En la fórmula de Foucault que invierte la facultad del soberano de hacer morir/dejar vivir en un actual hacer vivir/dejar morir, “hacer vivir” es un privilegio para los que pueden pagar y “dejar morir”, un destino para los desfavorecidos que, a la luz de las políticas públicas en un país democrático, es un problema mayor que requiere ser reconsiderado con seriedad. Importante es, por lo tanto, instar a los investigadores a analizar las desigualdades y documentarlas, conocer causas y relaciones con las políticas económicas y los macrofactores políticos y sociales que la sustentan.

¿Cuál es la dinámica y las causas de las desigualdades en salud que persisten en el mundo, donde la pandemia de covid-19 sobre el trasfondo de epidemias anteriores como la obesidad o las enfermedades crónicas, han sido sus pantallas de proyección pública?

2.- DESIGUALDADES EN SALUD: UNA PERSPECTIVA CRÍTICA

Tradicionalmente, las definiciones epidemiológicas de desigualdades o inequidades en salud recubren solamente el aspecto descriptivo del fenómeno en términos de diferencias, variaciones y disparidades en salud existentes entre grupos poblacionales o étnicos diferentes, pero no se subraya suficientemente la dimensión ética-moral de un problema socialmente producido y por lo tanto evitable e injusto (10,11). Quizás, el énfasis en los estudios epidemiológicos puesto en los estilos de vida individuales para explicar patrones de enfermedades como la obesidad, oscurece una comprensión contextual socio-económica, en la cual las conductas y estilos de vida se reproducen.

Para poner en perspectiva histórica la

complejidad y la naturaleza profundamente política de las desigualdades en salud es necesario recordar los primeros estudios realizados por pioneros de la salud pública como E. Chadwick en el siglo XIX (1842) en Inglaterra, que usando datos administrativos demostró las diferencias de edades en la mortalidad de trabajadores manuales, quienes en promedio fallecían 20 años antes que los de clase alta, o de Villermé en Francia, que años después estudiará la mortalidad y el estado moral y física de los obreros, que inaugura en ese país centroeuropeo, una tradición de investigación sobre los efectos de las condiciones socio-económicas sobre el cuerpo individual y colectivo, en una sociedad donde la desigualdad, como en la chilena de fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX generaron un amplio movimiento social, reacomodando el poder político y económico, sin que se quebrara la desigualdad social evidente. Esta tradición de investigación tiene un momento culminante en los Informes Black (12) y Marmott (13) a fines del siglo XX en Inglaterra, los que han proveído un marco de referencia que guía investigaciones posteriores, por ejemplo, en pobreza y salud (14, 15, 16, 17). De la lectura de estos y otros textos hemos extraído algunas ideas relevantes para una introducción inicial al tema de las desigualdades en salud, dando cuenta de una manera concreta cómo se tematiza actualmente el problema en el mundo, fundamentalmente en el medio anglosajón, pioneros en la investigación en esta área de la salud pública. De su comprensión se derivará la construcción de políticas públicas que contribuyan a disminuir las brechas, que incluso en los países con activas medidas políticas, no lo han logrado del todo, porque—tomando como referencia Inglaterra—tales evidencias coincidieron con los gobiernos de Thatcher y Reagan. Estos gobiernos, al igual que en el Chile de Pinochet, bajó los impuestos, privatizó servicios y utilidades, con la consiguiente ampliación de las desigualdades de ingresos, que gravitan en los estados de salud y enfermedad de la población. Los efectos de la crisis económica del 2008 y sus políticas de austeridad, contribuyeron a acrecentar los efectos heredados sobre la salud de las políticas económicas instaladas, como veremos posteriormente. La dinámica elegida por las grandes corporaciones en el sector alimentos, bebidas, etc., que Nicholas Freudenberg(18) nos muestra con elocuencia el cómo no solo dañan la salud pública, sino que también han dañado la democracia al acrecentar la desigualdad y hacer menos sostenible la sociedad como un todo, como lo destaca

en su más reciente libro, es el complemento necesario al accionar del Estado neoliberal (19).

Para avanzar en la documentación específica de las desigualdades en salud, nos parece fundamental conocer la experiencia y los estudios ingleses y de otros países del norte de Europa; el cómo es medida cuantitativamente o comprendida desde el punto de vista cualitativo, las teorías esbozadas, las respuestas y tendencias registradas, etc., (ante la ausencia y poca relevancia del tema en nuestro medio). En este sentido, lo primero que llama la atención en el estudio del fenómeno en la actualidad, es el énfasis ético y de justicia social asumido por los autores ingleses en la conceptualización de las desigualdades sanitarias, por contraposición a la referencia neutral o descriptiva de disparidades o iniquidades como en Canadá o EEUU, término que hemos heredado en nuestro medio. Lo segundo, es el rigor metodológico que se ha desarrollado fundado en buenas estadísticas y datos administrativos, que desde Chadwick en adelante ha permitido documentar relaciones entre grupos, poblaciones y territorios. Asimismo, en segundo lugar, una epidemiología que se ocupa del “cuerpo de la población” ha emergido como contrapartida a otra restrictiva y centrada en las conductas individuales en sintonía con el “cuerpo molecular”, funcional a la economía de mercado. Este sesgo de la investigación en salud pública se aprecia ampliamente en nuestra realidad por sobre las representaciones sociales de los individuos, que interpretan la salud/enfermedad como un producto de factores previos (ambiental, económico, social) al comportamiento y estilo de vidas individuales revestidos moralmente de irresponsabilidad por la Nueva Salud pública. La pandemia viral actual ha puesto de evidencia (al menos empíricamente) que nuestra población es altamente estratificada en términos socioeconómicos y sociales y, tal condición, como lo señalan los investigadores en desigualdades en salud, es el principal indicador de la desigualdad del “cuerpo social”. La pertenencia a una “clase social”, noción compleja, difícil de calificar de acuerdo a la autopercepción cultural imperante en nuestro país y, desde un punto de vista metodológico difícil de cuantificar como fenómeno en sí mismo, debe sin embargo considerarse “lógica y materialmente anterior” a la posición socioeconómica, que puede ser vista como la “expresión” de la clase social en términos de la distribución de los recursos materiales y de prestigio en la sociedad (20). Esta “expresión” social, se refleja como una gradiente social, donde la salud de los cuerpos individuales

se inscribe diferencialmente según la posición más alta o baja que ocupen en la sociedad, como lo muestra los estudios de Graham (21, 22). Por lo tanto, es importante entender las desigualdades sanitarias como un gradiente social continuo, en lugar de “brechas de salud” resultantes de la “privación de la salud” en las comunidades más pobres. Un tercer elemento para destacar en los estudios contemporáneos en desigualdad en salud es la extensión del campo de estudio al territorio, reconociéndose la importancia de pensar la salud en términos geográficos (23) y de las diferencias de salud en la perspectiva de género: a este respecto, la distinción entre el sexo, que se define biológicamente, y el género, que se define socialmente, es intrínseca a esta investigación (24); y se traduce en una interacción dinámica de “ambos elementos” en sus efectos sobre la salud, de modo que, “las diferencias biológicas de los sexos pueden estar en parte determinada socialmente, mientras que las diferencias sociales derivadas de las relaciones de género pueden tener también un elemento biológico” (25). Un matiz importante es la preocupación por la etnia y la raza en los estudios sobre desigualdad en Canadá, EEUU, Nueva Zelanda, Australia, todas ellas antiguas colonias británicas en las que la ideología racial ha desempeñado un papel importante en el proceso histórico de colonización y en el establecimiento de las normas e instituciones sociales y sanitarias contemporáneas (26). Esta temática debiera ser una preocupación para académicos y científicos sociales chilenos en la medida de que Chile es un pueblo pluriétnico y ha acogido una cantidad ingente de inmigrantes de etnias diferentes.

Como se puede apreciar, existe una extensión de los ejes de estudios que se examinan en forma aislada: la tendencia actual es registrar el fenómeno de la desigualdad de acuerdo a una realidad compleja en torno a un concepto de “interseccionalidad”, que describe las múltiples facetas de la identidad y la estructura social, en particular los asociados a experiencias de exclusión o subordinación (27).

Sin duda, detrás de las apariencias de crecimiento e igualdad, disminución de las tasas generales de mortalidad (28) y mejoras en las expectativas de vida, los estudios de los últimos años revelan el considerable aumento y diferencias en la mortalidad específica en muchas partes del mundo, incluidos los países centrales (29), los que son necesarios de documentar en nuestra realidad más allá de la evidente respuesta que nos ha ofrecido la pandemia de Covid -19 en este sentido. Inglaterra, un país desarrollado, ha documentado

las desigualdades espaciales en materia de salud desde la década de 80 en el siglo XX (30,31). En Inglaterra y Gales, la esperanza de vida aumentó para todos los grupos de clase social entre hombres y mujeres a lo largo del tiempo, pero el aumento fue más rápido entre las clases sociales más altas que en las clases sociales más bajas, de modo que las desigualdades aumentaron. Y en Chile, ¿qué habrá sucedido? Se ha argumentado que estas tendencias reflejan la tendencia neoliberal; estado pequeño, mercado libre (23) (Cf. Además los capítulos 9 y 12 en Bamba, 2016), que se adoptaron en el Reino Unido en esta época. Esto se ve respaldado por el hecho de que otros países que adoptaron políticas neoliberales en este período también vieron aumentar las desigualdades en materia de salud, como los Estados Unidos y Nueva Zelanda (33). Estos aumentos de las desigualdades sanitarias no eran inevitables: desde los años 20 hasta a la década de 1970, tanto en el Reino Unido como en EE.UU., las desigualdades en la mortalidad disminuyeron (34, 35) ¿Qué habrá ocurrido en Chile en esa misma época? ¿y qué habrá pasado entre los 80 del siglo pasado y los 20 del siglo XXI?

En estos últimos 40 años ha habido un desarrollo significativo de una visión médica de la enfermedad basada en una restricción de sus causas a lo biológico, lo químico, a un mero fenómeno físico centrado en lo que hemos llamado “cuerpo molecular”, que significó un énfasis tecnológico y en la investigación, para mostrar que los fenómenos de la enfermedad son mejor explicados por las propiedades de sus partes; pero, ¿cómo se explican las desigualdades evidentes entre poblaciones distintas? El Informe Black, por ejemplo, en sus conclusiones rechaza la explicación basada en factores biológicos o de comportamientos como causas históricas de desigualdades en salud de la población de Inglaterra y Gales (12). Otros autores recientes, --que consideran el Informe Black como fuente originaria-- plantean empíricamente que si bien los comportamientos individuales como el tabaquismo, la dieta o la falta de actividad física, son factores del problema, no explican el gradiente social de la enfermedad (36), considerándolos solo expresiones de una afectación significativa de un contexto socio-económico y cultural (37), aún en países cuyo nivel material de vida ha aumentado como en los países del norte de Europa o en la misma Inglaterra (38). De acuerdo a esta interpretación, la salud está más relacionada con el grado de igualdad real de una sociedad que con los resultados económicos nacionales o los niveles específicos de pobreza, dado que, por

otro lado, los estudios de Wilkinson y Pickett en el 2009 (39) señalan que lo central son las consecuencias de las precariedades de la vida a largo plazo para la salud física y mental, sobre todo cuando se prolongan (40). El curso de vida ayuda a comprender (41) que las desigualdades en materia de salud son el resultado de las desigualdades en la acumulación de ventajas y desventajas sociales, de tipo psicológicas y biológicas a lo largo del tiempo. La primera infancia ha sido identificada como un periodo especialmente crucial para la salud a lo largo de la vida como lo demuestran los estudios epigenéticos y longitudinales de cohortes que sugieren que las desventajas tienden a agruparse y acumularse con el tiempo (42).

Desde el punto de vista de autores como Bambra, las desigualdades están determinadas política y económicamente (43,44), explicación respaldada por otros como Muntaner (45);

y Navarro y sus colegas (46) quienes, en estudios comparativos, indican que el gobierno a largo plazo de los partidos socialdemócratas da lugar a mejores resultados sanitarios que aquellos con gobiernos más neoliberales. De este modo, los individuos que están expuestos a condiciones adversas en un aspecto, por ejemplo, el trabajo, también tienen más probabilidades de encontrar desventaja en otros aspectos, tales como la exposición a la contaminación ambiental. El conjunto de factores desfavorables hace de las desigualdades en materia de salud un fenómeno complejo: pero existe consenso entre los investigadores de que las causas se encuentran en el entorno social, económico y político en el que vivimos y trabajamos, en lo que Singer llama “violencia estructural” del contexto de vida. De ello se deriva la complejidad de cómo se estudian y como se modifican. Con el compromiso de las Naciones Unidas de buscar un desarrollo sostenible, y la elocuencia de una realidad sanitaria expuesta por el Covid-19, cobra un sentido de urgencia promover la equidad y la búsqueda de una vida sana logrando mejoras en las numerosas condiciones que afectan a la salud (y a las oportunidades de salud), como la pobreza, la discriminación de género, la falta de oportunidades educativas, la degradación del entorno natural y las malas condiciones de trabajo. En este contexto, el estudio y seguimiento de las desigualdades en salud será una prioridad. La identificación de las desigualdades (diferencias en salud entre subgrupos de población) con una metodología rigurosa es imperativa para orientar las políticas públicas siguiendo el ejemplo de los estudios longitudinales de Whitehall que comenzaron

a finales de la década de 1960, explorando las desigualdades en la mortalidad entre los funcionarios británicos según el grado de empleo (47). El desarrollo posterior de enfoques teóricos y técnicas de medición para el seguimiento de las desigualdades en salud originados en la epidemiología social y la economía de la salud se ha enriquecido con nuevos aportes desde la estadística o las matemáticas complejas y, la OMS ha desarrollado un enfoque de múltiples pasos para tal efecto. Algunas consideraciones técnicas del proceso de medición incluyen la medición y categorización adecuada de las dimensiones de la desigualdad y la desagregación de los datos de salud, entre otros factores. Las dimensiones de la desigualdad pueden reflejar características sociales, económicas, demográficas, geográficas y de otro tipo por las que la salud se distribuye de forma desigual en una población. La obtención de una mirada integral con respecto al espacio territorial de dónde se encuentran las brechas de salud dentro de una población, implica medir y reportar cada tema o indicador de salud por múltiples dimensiones de desigualdad relevantes, lo que permitiría caracterizar situaciones y definir prioridades de intervención.

3.-UN EJEMPLO DE DESIGUALDAD DE SALUD/ENFERMEDAD: LA EPIDEMIA DE OBESIDAD

Examinemos la paradójica dinámica de este fenómeno, donde se cruzan la economía, la pobreza y la desigualdad, a través de hechos notorios y visibles de nuestra realidad: la epidemia de la obesidad y las desigualdades frente a la enfermedad y la muerte. En nuestro país la obesidad afecta a tres de cada cuatro personas (74,2%) según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, y en los niños a uno de cada cuatro, siendo la prevalencia de obesidad más alta en las escuelas municipales que en las privadas (30%) (48).

En el mundo, las tasas de obesidad de adultos y niños ha crecido en los últimos años, al igual que en nuestro país donde socialmente se refleja menos en las poblaciones de los quintiles más ricos que en la de los pobres. La medicina molecular hegemónica en occidente, (y con ella muchos otros, entre los cuales se pueden encontrar planificadores políticos y economistas) piensan que los determinantes genéticos son centrales en la producción de obesidad; pero si así fuera, ¿cómo se explica un crecimiento explosivo en 30 años? Y ¿cómo se explica su distribución social? Concordamos que el problema del sobrepeso y la

obesidad es un desequilibrio entre calorías consumidas y calorías gastadas en la vida diaria y son varios los factores que inciden además de los genes, como los patrones alimentarios, como y donde se vive, emociones e ingresos, entre otros, como el marketing de la industria y la pobre regulación que constituyen una poderosa fuerza cultural y social que promueve una dieta rica en calorías y un sedentario estilo de vida.

Sin duda cada día se tiene más conciencia de la influencia de estos factores ambientales en la producción del fenómeno, pero no existe o existe poco reconocimiento de la relación estructural entre economía y obesidad. Tomando como eje esta relación que nos permitirá sostener que la obesidad no es sólo un fenómeno que compete exclusivamente al sistema sanitario y educacional, (¿cómo ocurre con otras de las patologías humanas?), hemos realizado una revisión bibliográfica, para sustentar la tesis más general de que la enfermedad no es jamás la consecuencia de un cuerpo individual, y su debida contextualización exige políticas y respuestas diversas a una neo medicalización del problema en la sociedad como lo postula la bio-medicina molecular y la política económica neoliberal que está en su base.

Una rama de la economía que combina psicología y neurociencias puede ayudar a una comprensión de las conductas alimentarias que no siguen patrones predecibles de racionalidad, pues no siempre los individuos elegimos racional, deliberadamente u orientados por una autoridad para “vivir sanos”, sin que participen una cadena de emociones o factores ambientales o de contexto (49). Lo mismo ocurre en relación con la bebida o las drogas o el sexo seguro. En el mundo industrializado de hoy, debido a la tecnología y los métodos agrícolas modernos, la cantidad de producción está aumentando y el precio de los alimentos está bajando. Sin embargo, mientras que la cantidad de alimentos ha aumentado y el precio ha bajado, la calidad de los alimentos también ha cambiado. El precio relativo de los alimentos, nutritivos versus no nutritivos, se ha convertido en un factor importante que afecta la obesidad y la salud, donde los alimentos nutritivos cuestan mucho más que los alimentos no nutritivos. Se ha culpado a los alimentos ricos en energía y las dietas densas de la epidemia mundial de obesidad (50), pero no se ha asociado suficientemente este efecto a la dinámica económica de la sociedad.

La densidad energética de los alimentos se define como la energía por unidad de peso o volumen (kcal / 100 g o mega joules por kilogramo). Por

otra parte, la frecuencia de consumo de comida de restaurante se asoció positivamente con un aumento de la grasa corporal en adultos (50). La proporción de los ingresos del hogar que se gastan en alimentos preparados fuera de casa es cada vez mayor en los Estados Unidos y puede ayudar a explicar la creciente prevalencia de la obesidad (51). Algunos ejemplos como los bocadillos, dulces y postres (52), los refrescos endulzados (53) y las porciones grandes se han relacionado con un mayor riesgo de obesidad. Tres estudios publicados en *The New England Journal of Medicine* representan el esfuerzo más riguroso hasta ahora, para examinar el posible vínculo entre las bebidas endulzadas con azúcar y la expansión de la circunferencia de la cintura de los Estados Unidos (54). El objetivo único más eficaz para una intervención destinada a reducir la obesidad tiene por objeto a las bebidas azucaradas (55). Chile ha asumido la misma conducta de regulación jurídica en la etiquetación de los alimentos como si eso bastara para controlar el problema, junto a una política que invita a elegir “vivir sano” ¿Será suficiente?

Por otra parte, es sabido que las elecciones de alimentos se basan en el sabor, el costo, la conveniencia y, en menor medida, la salud y la variedad (57). Evidentemente, las personas que tienen sobrepeso o son obesas, ¿han evaluado beneficios y costos asociados de forma errónea? O ¿son condicionados por otros factores? Bastaría hacer una comparación simple en el mercado del aumento de precios de alimentos industrializados y las frutas o verduras en relación al acceso económico en las familias o saber qué porcentaje de quienes tienen bajos ingresos invierten en ejercicios físicos o cuentan con lugares públicos y tiempo para tales actividades. Otros factores pueden influir en las elecciones de un individuo y, por tanto, en su consumo. Como se mencionó, los avances en la agricultura y la tecnología alimentaria han hecho que los azúcares agregados y los aceites vegetales sean accesibles a nivel mundial a costos notablemente bajos. Como resultado de las grasas añadidas, el coste de la dieta diaria se ha mantenido a un nivel más bajo. Los estadounidenses tienen el suministro de alimentos de menor costo del mundo (58), y las tasas más altas de obesidad en el mundo.

La dieta estadounidense típica deriva casi el 40% de la energía diaria de los azúcares y grasas añadidos, que son relativamente económicos (59). Dado el bajo precio y los alimentos sabrosos de baja calidad, la utilidad marginal por dólar de los alimentos de baja calidad puede ser alta y eso puede conducir a un mayor consumo. La calidad

de la dieta también se ve influida por la posición socioeconómica de la persona y bien puede verse limitada por el acceso financiero a alimentos ricos en nutrientes. Sin embargo, los estudios están comenzando a vincular el bajo costo de los alimentos con la epidemia de obesidad. Un estudio encontró que los avances tecnológicos condujeron a una disminución en el precio de los alimentos, lo que a su vez condujo a un mayor consumo de energía (60). Se dijo que la caída del precio de los alimentos representaba hasta el 40% del aumento del índice de masa corporal desde 1980. La parte triste de este resultado es que los subgrupos de población con menos recursos son más vulnerables a la epidemia de obesidad y, por lo tanto, cualquier cambio de política en términos de impuestos más altos sobre los alimentos no saludables equivaldrá a medidas punitivas. De esta forma la condición de pobreza es sin duda la condición socioeconómica que concentra y representa los dos polos de la obesidad: la malnutrición y la comida con un porcentaje alto de grasas y azúcares, junto a sus consecuencias de morbilidad múltiples y menores expectativas de vida. En la condición de pobreza se concentra los factores dietéticos con alta ingesta de carbohidratos refinados, dieta alta en grasas saturadas, baja en fibras y en antioxidantes, y las malas prácticas conductuales de tipo alimentarias: comida rápida, en presencia de estrés crónico, falta de sueño y ejercicios físico. El producto intermedio es el síndrome metabólico con altos niveles de resistencia a la insulina, desbalance hormonal, liberación de sustancias inflamatorias, trastornos de la función tiroidea, etc., que lleva al resultado final de deterioro de la salud y ganancia de peso y obesidad.

Pero también la condición de pobreza se concentra en las áreas de la ciudad donde se encuentra una amplia variedad de factores estresantes: delincuencia, drogas, bajos niveles de servicios, peores escuelas, que contribuyen a reproducir la desigualdad y la enfermedad. En un ambiente y cultura altamente competitiva como la desarrollada en nuestro país en los últimos 40 años, donde el estatus social es buscado y estimulado por la vía del marketing publicitario, la identidad-marca es fuente de creciente estrés y las desigualdades de ingresos se constituyen en factor preponderante de frustración, rabia y enfermedad, dilución de identidad personal y obstáculo para la armonía y la cohesión social, que es otra forma de cómo la desigualdad afecta la salud de la población, devolviendo la sociedad civil.

Chile es el país de la OCDE con mayor porcentaje de obesidad y sobrepeso en su población

alcanzando un 74%, lo que significa un impacto creciente en la economía productiva por mayor ausentismo laboral, o muertes prematuras (61) y al mismo tiempo el uso de mayores recursos de salud para las consecuencias derivadas de ella, como se documenta en los países centrales como EE UU, donde el 80 % de los individuos obesos tienen diabetes, hipertensión o enfermedades cardíacas, cáncer de colon, accidentes vasculares, osteoartritis, depresión, haciendo de los costos directos en cuidados médicos sustancialmente mayor al de un adulto sin sobrepeso, pero la dimensión política-social de la enfermedad y la desigualdad que está en su base es un tema poco estudiado, al menos en nuestra realidad.

POBREZA Y DIABETES

En el mundo, la incidencia de diabetes tipo 2 ha ido aumentando paulatinamente. Existe una fuerte asociación que liga esta enfermedad con la posición socioeconómica, situación que ocurre tanto en países de ingresos altos, medianos y bajos (62,63). La relación entre diabetes y determinantes sociales es una relación de interés para la investigación, sabemos que no es solo la carga genética o los de estilos de vida saludable a nivel individual los que influyen en esta epidemia, los son también la posición socioeconómica, el barrio o lugar donde se vive, el acceso a servicios sanitarios, los que determinan la incidencia y el control de la enfermedad. De esta forma nos parece interesante ir observando cada uno de estos elementos y su relación con el resto de los factores, no solo en una relación directa, como se analiza clásicamente la enfermedad, sino de cada ellos con todos los demás de manera sincrónica.

POBREZA, INFLAMACIÓN Y DIABETES

Biológicamente, la inflamación crónica es un mediador plausible de la asociación entre la adversidad socioeconómica y la diabetes tipo 2. La inflamación afecta la señalización de la insulina y aumenta la muerte de las células beta, y se ha encontrado que los marcadores de inflamación, como los niveles elevados de interleukina 6 (IL-6) y proteína C reactiva (PCR), se asocian con futuros riesgos de diabetes. La inflamación también puede aumentar el riesgo de diabetes tipo 2 indirectamente a través de la obesidad, que, como se describe, es un factor de riesgo para la diabetes tipo 2 y se asocia con una mayor liberación de marcadores inflamatorios, como IL-6 (64).

OBESIDAD Y DIABETES

El aumento de la prevalencia de la diabetes tipo 2 está estrechamente relacionado con el aumento de la obesidad. Aproximadamente el 90% de la diabetes tipo 2 se atribuye al exceso de peso. Además, aproximadamente 197 millones de personas en todo el mundo tienen intolerancia a la glucosa, más comúnmente debido a la obesidad y el síndrome metabólico asociado. Se espera que este número aumente a 420 millones para 2025 (65).

Por otra parte, pobreza y obesidad se relacionan con el sedentarismo, esto incide en el desarrollo de enfermedades como la diabetes. Los estudios muestran cómo los individuos sedentarios se mueven 2 horas al día menos que los individuos activos y gastan menos energía, por lo que son propensos a la obesidad, las enfermedades metabólicas crónicas y la muerte cardiovascular (66). Si a lo anterior le agregamos que en general, los barrios más pobres tienen mayor sedentarismo y obesidad, existen varias razones que pueden explicar por qué las personas que viven en barrios pobres son menos activas. Una de las propuestas es que la violencia estructural (racismo, discriminación, bajos ingresos...) va de la mano de la pobreza, lo que impide que las personas sean activas al aire libre. De manera similar, los parques e instalaciones deportivas están menos disponibles para las personas que viven en barrios pobres, en el caso de la región metropolitana, las cuatro comunas de más altos ingresos concentran el 32,2% de la superficie total de áreas verdes, mientras que las cuatro comunas más pobres sólo tienen el 4,1% (67). Otro factor es que las personas que viven en regiones densamente pobres pueden tener menos posibilidades de pagar la membresía de un gimnasio, ropa deportiva y / o equipos de ejercicio (68).

ALIMENTACIÓN Y DIABETES

En México las personas de bajos ingresos que presentan desnutrición, ésta se asocia a dietas deficientes, caracterizadas por exceso de alimentos ricos en grasas (especialmente saturadas), azúcares refinados y simples y pobre en hidratos de carbono complejos (fibras), aumento de alimentos y bebidas industrializados, de bajo costo, alta densidad energética y de mala calidad, que ha venido sustituyendo a la dieta tradicional. Este patrón alimentario contribuye a la presencia de diabetes, favoreciendo el desarrollo de obesidad (69).

Las tasas más altas de obesidad ocurren entre los grupos de población con las tasas más altas

de pobreza y la menor educación. Existe una relación inversa entre la densidad de energía (MJ / kg) y el costo de la energía (\$ / MJ), de manera que los alimentos densos en energía compuestos de granos refinados, azúcares añadidos o grasas pueden representar la opción de menor costo para el consumidor. Por otra parte, la alta densidad energética y la palatabilidad (medida de lo sabroso que son los alimentos) de los dulces y las grasas se asocian con un mayor consumo de energía, al menos en estudios clínicos y de laboratorio (70).

Finalmente, la pobreza y la inseguridad alimentaria están asociadas con un menor gasto en alimentos, bajo consumo de frutas y verduras y dietas de menor calidad (71), pero la alimentación no sólo está relacionada con la capacidad de compra de las personas o familias, sino también con el entorno económico, social y cultural. La pobreza alimentaria debe ser explicada tanto como un problema de acceso como de disponibilidad y consumo de alimentos (70).

VIVIENDA Y DIABETES

Los vecindarios con bajos ingresos tienen una mayor prevalencia de diabetes que los vecindarios ricos. Por otra parte, la obesidad sigue siendo un potente factor de riesgo para el desarrollo de diabetes; sin embargo, se ha demostrado que los bajos ingresos son un factor de riesgo independiente para el desarrollo de diabetes entre las mujeres, incluso después de controlar el índice de masa corporal y el nivel de actividad física. Los factores a nivel de vecindario y comunidad también contribuyen al aumento del riesgo de diabetes que se observa en las poblaciones de bajos ingresos (72).

DIABETES Y ACCESO A LA SALUD

De igual modo se ha visto que las personas con diabetes con bajo nivel de educación tienen menores tasas de utilización de controles y servicios relevantes para la atención de la diabetes, y un peor resultado en términos de complicaciones (73, 74).

El ejemplo de las vinculaciones entre obesidad, síndrome metabólico y diabetes asociado a factores de violencia estructural, nos ofrece la oportunidad de observaciones críticas en relación a la pandemia de Covid-19, cómo se desarrollará a continuación.

REFERENCIAS

1. Marcel Mauss, *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés*

- archaïques In *Sociologie et Anthropologie*, PUF, Collection Quadrige, 1973, 149-279)
2. Bustos R. La medicina, los Cuerpos de los Seres Humanos y el Coronavirus: un ensayo para pensar las implicancias éticas, políticas y económicas de una pandemia y el futuro de los servicios sanitarios. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2020, 60 N°2: 5-7.
 3. Jarbe, E. A. (2010). Ed Cohen, A Body Worth Defending: Immunity, Biopolitics and the Apotheosis of the Modern Body (Durham & London: Duke University Press, 2009
 4. Foucault, M. (2004). *Sécurité, Territoire, Population et Naissance de la biopolitique*.
 5. M. Foucault, *Defender la Sociedad*. Curso Lectivo 1976, Colegio de Francia, 1976. FCE. Buenos Aires, 20004
 6. M. Foucault. ¿Crisis de un modelo en la medicina? *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, N-3, En-Abr 1976.
 7. Rose, N. (2012). Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. *La plata UNIPE: Editorial Universitaria*.
 8. Hipócrates. *Tratados hipocráticos*. "Sobre los aires, aguas y lugares". Madrid: Gredos, 2000.
 9. Meloni, M. (2014). How biology became social, and what it means for social theory. *The Sociological Review*, 62(3), 593-614.
 10. Petticrew, M., Whitehead, M., Macintyre, S. J., Graham, H., & Egan, M. (2004). Evidence for public health policy on inequalities: 1: the reality according to policymakers. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(10), 811-816.
 11. Bambra, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M., & Whitehead, M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1028-1037.
 12. Black, D. (1980). *Inequalities in health: report/ of a research working group*
 13. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet*, 365(9464), 1099-1104.
 14. Gordon, D., & Townsend, P. (Eds.). (2000). *Breadline Europe: The measurement of poverty*. Policy Press.
 15. Pantazis, C., Gordon, D., & Levitas, R. (Eds.). (2006). *Poverty and social exclusion in Britain: The millennium survey*. Policy Press.
 16. Galabuzi, G. E. (2005) Canada's economic apartheid: The social exclusion of racialized groups in the new century. Toronto: Canadian Scholars' Press.,
 17. Labonte, R. (2004) Social inclusion/exclusion and health: Dancing the dialectic. In D. Raphael (ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
 18. Freudenberg, N. (2021). *At what cost: modern capitalism and the future of health*. Oxford University Press, USA.
 19. Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health*, 18(1), 341-378.
 20. Graham, H. (2009) The challenge of health inequalities. In H. Graham, *Understanding Health Inequalities*. Maidenhead: Open University Press, pp. 1–21.
 21. Marmot, M. (2004) *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Times Books)
 22. Graham, H., and Kelly, M. P. (2004) *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. London
 23. Smith, K. E., Bambra, C., & Hill, S. E. (Eds.). (2016). *Health inequalities: critical perspectives*. Oxford University Press.
 24. Annandale y Hunt Annandale, E., and Hunt, K. (2000) *Gender inequalities in health: Research at the crossroads*. In E. Annandale and K. Hunt (eds), *Gender Inequalities in Health*. Buckingham: Open University Press, pp. 1–35.
 25. Ostlin et al 2001 Ostlin, P., George, A., and Sen, G. (2001) *Gender, health, and equity: The intersections*. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, and M. Wirth (eds), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press, pp. 174–189.
 26. Armitage, A. (1995) *Comparing the Policy of Aboriginal Assimilation: Australia, Canada and New Zealand*. Vancouver: University of British Columbia Press. Armitage 1995.
 27. (27) Walby, S., Armstrong, S., and Strid, S. (2012) *Intersectionality: Multiple inequalities in social theory*. *Sociology*, 46(2): 224–240.
 28. Walby et al 2012 McCartney G., Walsh, D., Whyte, B., and Collins, C. (2011) *Has Scotland always been the 'sick man' of Europe? An observational study from*

- 1855 to 2006. *European Journal of Public Health*, 21(6): 1–5.
29. Scott-Samuel, A., Bambra, C., Collins, C., Hunter, D. J., McCartney, G., and Smith, K. (2014) The impact of Thatcherism on health and wellbeing in Britain. *International Journal of Health Services*, 44(1): 53–71.
 30. Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., and Kunst, A. E. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23): 2468–2481.
 31. Mackenbach, J. P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75(4): 761–769.
 32. Beckfield, J., and Krieger, N. (2009) Epi + demos + cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic Reviews*, 31: 152–177.
 33. Krieger, N., Rehkopf, D. H., Chen, J. T., Waterman, P. D., Marcelli, E., and Kennedy, M. (2008) The fall and rise of US inequities in premature mortality: 1960–2002.
 34. Thomas, B., Dorling, D., and Davey Smith, G. (2007) Inequalities in premature mortality in Britain: Observational study from 1921 to 2007. *British Medical Journal*, 341: c3639
 35. Macintyre, S. (1997) The Black Report and beyond: What are the issues? *Social Science and Medicine*, 44(6): 723–745.
 36. Graham, H. (2009). Health inequalities, social determinants and public health policy. *Policy & Politics*, 37(4), 463-479.
 37. Graham, H. (2009) The challenge of health inequalities. In H. Graham, *Understanding Health Inequalities*. Maidenhead: Open University Press, pp. 1–21.
 38. Mackenbach, J. P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75(4): 761–769.
 39. Pickett, K., & Wilkinson, R. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone*. Penguin UK.
 40. Marmot, M., & Brunner, E. (2005). Cohort profile: the Whitehall II study. *International journal of epidemiology*, 34(2), 251-256.
 41. Lynch, J. W., and Davey Smith, G. (2005) A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26: 1–35.
 42. Blane, D. (2006) The life course, the social gradient, and health. In M. Marmot and R. Wilkinson (eds), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, pp. 54–77.
 43. Bambra, C. (2011) *Work, Worklessness and the Political Economy of Health*. Oxford: Oxford University Press.
 44. Bambra, C., Fox, D., and Scott-Samuel, A. (2005) Towards a politics of health. *Health Promotion International*, 20(2): 187–193.
 45. Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., Benach, J., & O'Campo, P. (2011). Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of health & illness*, 33(6), 946–964.
 46. Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., and Benach, J. (2006) Politics and health outcomes. *Lancet*, 368(9540): 1033–1037. 2006
 47. Kawachi, I. (2000). Income inequality in health. En: Berkman L, Kawachi I. *Social epidemiology*.
 48. Vio del Rio, Fernando. (2018). Aumento de la obesidad en Chile y en el mundo. *Revista chilena de nutrición*, 45(1), 6.
 49. Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.
 50. Fama, E. F., & French, K. R. (1997). Industry costs of equity. *Journal of financial economics*, 43(2), 153-193.
 51. McCrory, M. A., Fuss, P. J., Hays, N. P., Vinken, A. G., Greenberg, A. S., & Roberts, S. B. (1999). Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. *Obesity research*, 7(6), 564-571.
 52. Zizza, C., Siega-Riz, A. M., & Popkin, B. M. (2001). Significant increase in young adults' snacking between 1977–1978 and 1994–1996 represents a cause for concern!. *Preventive medicine*, 32(4), 303-310.
 53. Bray, G. A., Nielsen, S. J., & Popkin, B. M. (2004). Consumption of high-fructose corn syrup in beverages may play a role in the epidemic of obesity. *The American journal of clinical nutrition*, 79(4), 537-543.
 54. Rolls, B. J., Morris, E. L., & Roe, L. S. (2002). Portion size of food affects energy intake in normal-weight and overweight men and women. *The American journal of clinical nutrition*, 76(6), 1207-1213.

55. Brody JE (2012) In fight against obesity. New York Times. Retrieved from <http://www.nytimes.com>. Citado en Hojjat, T. A., & Hojjat, R. (2017). *The economics of obesity: Poverty, income inequality and health*. Singapore: Springer.
56. Ludwig DS (2007) Childhood obesity – the shape of things to come. *N Engl J Med* 357(23):2325–2327 . <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp0706538>. Citado en Hojjat, T. A., & Hojjat, R. (2017). *The economics of obesity: Poverty, income inequality and health*. Singapore: Springer.
57. Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J., & Snyder, D. A. N. (1998). Why Americans eat what they do: taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(10), 1118-1126. Citado en Hojjat, T. A., & Hojjat, R. (2017). *The economics of obesity: Poverty, income inequality and health*. Singapore: Springer.
58. Drewnowski, A., & Darmon, N. (2005). The economics of obesity: dietary energy density and energy cost–. *The American journal of clinical nutrition*, 82(1), 265S-273S.
59. Frazao, E., & Allshouse, J. (2003). Strategies for intervention: commentary and debate. *The Journal of Nutrition*, 133(3), 844S-847S.
60. Lakdawalla, D., & Philipson, T. (2009). The growth of obesity and technological change. *Economics & Human Biology*, 7(3), 283-293.
61. Estudios de la OCDE sobre salud pública: Chile. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. 2019.
62. Imkampe, A. K., & Gulliford, M. C. (2011). Increasing socio-economic inequality in type 2 diabetes prevalence--repeated cross-sectional surveys in England 1994-2006. *European journal of public health*, 21(4), 484-490.
63. Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T., & Sidorchuk, A. (2011). Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 40(3), 804-818.
64. Stringhini, S., Batty, G. D., Bovet, P., Shipley, M. J., Marmot, M. G., Kumari, M., ... & Kivimäki, M. (2013). Association of lifecourse socioeconomic status with chronic inflammation and type 2 diabetes risk: the Whitehall II prospective cohort study. *PLoS medicine*, 10(7), e1001479.
65. Hossain, P., Kavar, B., & El Nahas, M. (2007). Obesity and diabetes in the developing world—a growing challenge. *New England journal of medicine*, 356(3), 213-215.
66. Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes* 2007;56:2655–2667
67. Reyes Pácke, Sonia, & Figueroa Aldunce, Isabel Margarita. (2010). Distribución, superficie y accesibilidad de las áreas verdes en Santiago de Chile. *EURE (Santiago)*, 36(109), 89-110.
68. Levine JA. Poverty and obesity in the U.S. *Diabetes*. 2011;60(11):2667-2668. doi:10.2337/db11-1118
69. Moreno-Altamirano, L., García-García, J. J., Soto-Estrada, G., Capraro, S., & Limón-Cruz, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista médica del hospital general de México*, 77(3), 114-123.
70. Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American journal of clinical nutrition*, 79(1), 6-16.
71. López Salazar, R. (2015). Pobreza Alimentaria, seguridad alimentaria y consumo alimentari: Una aproximación para el caso de México. *Revista chilena de economía y sociedad*, 9(1).
72. Ludwig, J., Sanbonmatsu, L., Gennetian, L., Adam, E., Duncan, G. J., Katz, L. F., ... & McDade, T. W. (2011). Neighborhoods, obesity, and diabetes—a randomized social experiment. *New England journal of medicine*, 365(16), 1509-1519.
73. van der Meer JB, Mackenbach JP. The care and course of diabetes: differences according to level of education. *Health Policy*. 1999;46(2):127-141. doi:10.1016/S0168-8510(98)00058-x.
74. Flatz A, Casillas A, Stringhini S, Zuercher E, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. Association between education and quality of diabetes care in Switzerland. *Int J Gen Med*. 2015; 8:87-92. Published 2015 Feb 25. doi:10.2147/IJGM.S77139



ERRORISMO

LIBERTAD A LOS
PRESOS POLITICOS
MAPUCHE Y DE
LA REVUELTA!

LÓY CHANGÓ EXISTO RESISTO

KELTAWK