

# DESIGUALTAT SOCIAL, SALUT I INTERVENCIÓ

## DESIGUALDAD SOCIAL, SALUD E INTERVENCIÓN

**Q**ue la malaltia i la salut no es distribueixen aleatòriament entre els grups socials ha estat una evidència reconeguda des de, com a mínim, els autors dels textos grecs clàssics. I que els grups més poderosos, és a dir, els qui disposen de més riquesa, de més prestigi i/o de més poder, han tendit sempre a beneficiar-se d'aquesta distribució desigual, amb algunes excepcions significatives, tampoc no causa sorpresa a ningú. El control -o, com a mínim, el major control- sobre els determinants de la salut i de la malaltia explica, en la lògica epidemiològica, aquest fenomen.

Exemples no en falten, però n'esmentarem alguns de ben coneguts. McKeown<sup>1</sup> explicava que, entre grups socials, la disponibilitat absoluta d'aliments, un dels determinants més crítics de la salut, ha estat, durant segles, el regulador de la distribució de la malaltia. Engels<sup>2</sup> escrivia, durant la primera revolució industrial, com a justificació a la seva voluntat de promoure la transformació radical de la distribució de la riquesa, sobre la major incidència entre les classes treballadores de la tuberculosi i d'altres malalties infeccioses, quan es comparava amb la població benestant, per causa de la distribució desigual de les condicions insalubres de treball i d'habitatge. Townsend<sup>3</sup>, entre molts d'altres, ha descrit la distribució desigual de la mortalitat infantil segons el grup social de la mare i el manteniment i l'augment d'aquestes diferències durant el segle present. Aquests exemples o d'altres similars són revisats en la majoria dels manuals de medicina social o de salut pública, inclòs el de més recent publicació<sup>4</sup>.

Dahrendorf<sup>5</sup> explica que la desigualtat, en salut o en qualsevol altre bé socialment desitjable, significa sempre el guany d'un grup d'homes i dones a expenses d'uns altres i, per tant, en genera la contestació i és el ferment de la seva pròpia supressió i de la transformació de l'ordre social. La Revolució Francesa, que proclamà la igualtat per naixement de tots els homes, és habitualment utilitzada com a símbol d'un d'aquests canvis radicals, que, a més, feu possible el naixement del

**Q**ue la enfermedad y la salud no se distribuya aleatoriamente entre los grupos sociales ha sido una evidencia reconocida por lo menos desde los autores de los textos griegos clásicos. Y que los grupos más poderosos, es decir, los que disponen de más riqueza, de más prestigio y/o más poder, hayan tendido siempre a beneficiarse de esta distribución desigual, con algunas excepciones significativas, tampoco sorprende a nadie. El control -o, como mínimo, el mayor control- sobre los factores determinantes de la salud y de la enfermedad explica, en la lógica epidemiológica, este fenómeno.

No faltan ejemplos de ello, pero mencionaremos algunos que son bien conocidos. McKeown<sup>1</sup> explicaba que, entre grupos sociales, la disponibilidad absoluta de alimentos, uno de los determinantes más críticos de salud, ha sido durante siglos el regulador de la distribución de la enfermedad. Engels<sup>2</sup> escribía durante la primera revolución industrial, como justificación a su voluntad de promover la transformación radical de la distribución de la riqueza, sobre la mayor incidencia entre las clases trabajadoras de la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, comparada con la población acomodada, a causa de la distribución desigual de las condiciones insalubres de trabajo y vivienda. Townsend<sup>3</sup>, entre muchos otros, ha descrito la distribución desigual de la mortalidad infantil según el grupo social de la madre, y el mantenimiento y aumento de estas diferencias durante el presente siglo. Estos ejemplos u otros parecidos son revisados en la mayoría de los manuales de medicina social o de salud pública, incluido el de más reciente publicación<sup>4</sup>.

Dahrendorf<sup>5</sup> explica que la desigualdad, en salud o en cualquier otro bien socialmente deseable, significa siempre el beneficio de un grupo de hombres y mujeres a expensas de otros y, por tanto, genera la protesta de estos últimos y es el fermento de su propia supresión y de la transformación del orden social. La Revolución Francesa, que proclamó la igualdad por nacimiento de todos los hombres, es habitualmente utilizada como símbolo de uno de estos cambios radicales que además, hizo posible el nacimiento del

moviment sanitarista i higienista. Si els homes i les dones eren iguals per naturalesa, les desigualtats indesitjables existents, entre elles les sanitàries, podien i havien de ser corregides, alguns deien abolides, mitjançant intervencions que no podien aïllar-se dels conflictes d'interessos inherents a la vida social. Només durant un breu període, aproximadament entre el descobriment dels antibiòtics, en els anys immediatament anteriors a la segona guerra mundial, i la crisi fiscal dels sistemes sanitaris públics, a finals de la dècada dels setanta, caracteritzat per una creença exagerada en l'efectivitat de les intervencions sanitàries i en la factibilitat de la disponibilitat universal de la tecnologia mèdica, s'acceptava el miratge que les desigualtats sanitàries desapareixerien (o disminuirien ostensiblement) per consens, sense combat polític, és a dir, sense esforços per mesurar-les, estudiar-les i mostrar-les i sense forçar canvis que sempre impliquen transferències de recursos, de poder o de prestigi a uns a càrrec d'uns altres. Els qui somiaven han despertat. Que alguns països occidentals gaudim, afortunadament, d'una forma civilitzada de combat: la democràcia i l'articulació de grups de pressió no treu cap vigència a les idees de Dahrendorf.

L'arribada de l'epidemiologia, diguem-ne, moderna, amb el seu legítim interès en la quantificació de les magnituds ha tecnificat molt un debat que, fins llavors, era essencialment polític. D'altra banda ha acostat els epidemiòlegs i els sanitaristes a un debat irresoluble que rau en el cor mateix de l'establiment de la sociologia com a ciència autònoma: la mesura de la desigualtat social. Si tota desigualtat social és un guany d'un grup, en el nostre cas una apropiació del control sobre un determinant de la salut o la malaltia, la mesura de desigualtat social escollida no serà mai neutral: anirà dirigida a demostrar aquest guany per intentar subvertir-lo.

Els sanitaristes clàssics del segle passat, quan seleccionaven una manera de mesurar la desigualtat, reconeixien sempre el seu interès en la intervenció i l'influència d'aquest desig i del problema estudiat en l'elecció de la mesura. En canvi, el nostre debat acadèmic sembla enterbolir-se en la recerca d'indicadors universals que no tenen sentit quan els objectius dels diferents investigadors, que sovint són també actors, són tan singulars com la situació de desigualtat social en la que es vol treballar. Si volem intervenir, la validesa és més important que l'exactitud i la repetibilitat<sup>6</sup>.

No voldria que cap lector recordés aquest text, si és que algú mai el recorda, com una crítica contra la depuració metodològica en epidemiologia

movimiento sanitarista e higienista. Si los hombres y mujeres eran iguales por naturaleza, las desigualdades indeseables existentes, entre ellas las sanitarias, podían y tenían que ser corregidas -algunos decían abolidas- mediante intervenciones que no podían aislarse de los conflictos de intereses inherentes a la vida social. Sólo durante un breve período, aproximadamente entre el descubrimiento de los antibióticos (en los años inmediatamente anteriores a la segunda guerra mundial) y la crisis fiscal de los sistemas sanitarios públicos (a finales de la década de los setenta), caracterizado por una creencia exagerada en la efectividad de las intervenciones sanitarias y en la factibilidad de la disponibilidad universal de la tecnología médica, se aceptaba el espejismo de que las desigualdades sanitarias desaparecerían (o disminuirían ostensiblemente) por consenso, sin combate político, es decir, sin esfuerzos para medirlas, estudiarlas y mostrarlas, y sin forzar cambios que siempre implican transferencias de recursos, de poder o de prestigio a unos a expensas de otros. Los que soñaban han despertado. Que algunos países occidentales gocemos, afortunadamente, de una forma civilizada de combate (la democracia y la articulación de grupos de presión) no resta en absoluto vigencia a las ideas de Dahrendorf.

La llegada de la epidemiología, digamos, moderna, con su legítimo interés en la cuantificación de magnitudes, ha tecnificado mucho un debate que, hasta entonces, era esencialmente político. Por otro lado, ha acercado a los epidemiólogos y sanitaristas a un debate irresoluble que reside en el corazón mismo del establecimiento de la sociología como ciencia autónoma: la medición de la desigualdad social. Si toda desigualdad social es un beneficio de un grupo, en nuestro caso una apropiación del control sobre un factor determinante de la salud o la enfermedad, la medida de desigualdad social escogida no será nunca neutral: irá dirigida a demostrar este beneficio para intentar subvertirlo.

Los sanitaristas clásicos del siglo pasado, cuando seleccionaban una manera de medir la desigualdad, reconocían siempre su interés en la intervención y la influencia de este deseo y del problema estudiado en la elección del instrumento de medida. En cambio, nuestro debate académico parece enturbiarse en la búsqueda de indicadores universales que no tienen sentido cuando los objetivos de los diferentes investigadores, que a menudo son también actores, son tan singulares como la situación de desigualdad social en la que se quiere trabajar. Si queremos intervenir, la validez es más importante que la exactitud y la repetitividad<sup>6</sup>.

No quisiera que ningún lector recordara este texto, si es que alguien lo recuerda algún día, como una crítica contra la depuración metodològica en

social. Al contrari, té el seu lloc com Díez i cols. demostren en un treball molt interessant publicat en aquest mateix número de *Gaceta Sanitaria*<sup>7</sup>. La sinceritat explícita en la voluntat d'intervenir sobre desigualtats observades, el desig legítim de mesurar l'efectivitat de l'acció i la satisfacció quan els resultats obtinguts permeten concloure sobre l'efectivitat d'una actuació dels serveis sanitaris sobre les desigualtats sanitàries, en aquest cas la mortalitat infantil i perinatal, no és incompatible amb la utilització i el refinament d'un aparell metodològic adequat al problema investigat. Han fet realitzable quelcom, mentre d'altres, de vegades, continuem discutint allò que és inabastable<sup>8,9</sup>.

**Oriol Ramis-Juan**  
*EPIRUS, Barcelona*

epidemiología social. Al contrario, tiene su lugar como demuestran Díez y cols. en un trabajo muy interesante publicado en este mismo número de *Gaceta Sanitaria*<sup>7</sup>. La sinceridad explícita en la voluntad de intervenir sobre desigualdades observadas, el deseo legítimo de medir la efectividad de la acción y la satisfacción cuando los resultados obtenidos permiten concluir la efectividad de una actuación de los servicios sanitarios sobre las desigualdades sanitarias, en este caso la mortalidad infantil y perinatal, no son incompatibles con la utilización y el refinamiento de un aparato metodológico adecuado al problema investigado. Han hecho realizable algo, mientras que otros, a veces, seguimos discutiendo sobre algo inalcanzable<sup>8,9</sup>.

**Oriol Ramis-Juan**  
*EPIRUS, Barcelona*

### Bibliografia

1. McKeown T. The Modern Rise of Population. En: Black N, Boswell D, Gray A, Murphy S, Popay J, dirs. *Health and Disease: A Reader*. Londres: The Open University Press, 1984.
2. Engels F. The Conditions of the Working Class in England En: Black N, Boswell D, Gray A, Murphy S, Popay J (dirs). *Health and Disease: A Reader*. Londres: The Open University Press, 1984.
3. Townsend P, Davidson N. *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd, 1982.
4. Martí-Casas O. *Introducció a la Medicina Social*. Barcelona: Institut Catòlic d'Estudis Socials de Barcelona-Escola Universitària de Treball Social, 1995.

5. Dahrendorf R. *On the Origin of Inequality among Men*. En: Essays in the Theory of Society, Stanford University Press, 1968. En: Béteille A. *Social Inequality*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd, 1969:151-78.
6. Mays N, Pope C. Rigour and Qualitative Research. *BMJ* 1995; 311: 109-12.
7. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. *Gac Sanit* 1995; 9: 224-31.
8. Ramis-Juan O. SUEA: A propósito de sus presentaciones clínicas. *Quadern CAPS* 1991; 16: 107-10.
9. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. *Cambio*. Barcelona: Herder, 1989.

