

# Desigualdad, exclusión y salud

Alfonso García Martínez

Universidad de Murcia

---

## Resumen

Las investigaciones realizadas en la última década a diversos niveles (locales, regionales, estatales y de comparación internacional) han constatado la existencia de niveles de salud distintos y diferentes frecuencias en los problemas de salud entre los grupos sociales: los grupos socioeconómicos bajos y/o sometidos a algún tipo de exclusión están vinculados de modo recurrente a peores niveles de salud y padecen mayores problemas. Pero, la exclusión no es definible sólo mediante categorías que aíslan a grupos de personas en función de su región, edad, nivel de renta o familiar, sino que reagrupa una amplia variedad de destinos individuales y familiares.

La exclusión social ya no es únicamente la manifestación de la *desigualdad* entre lo alto y lo bajo de la escala social, sino también de la *distancia* entre los que están integrados en la dinámica social y los que son expulsados de la misma. Se transforma así en una cuestión estructural y multidimensional que impide “vivir con” los no-excluidos, apuntando hacia una pérdida, *de facto*, de su ciudadanía. El cambio cuantitativo de la pobreza (a ma-

yor) se ha visto acompañado de un cambio cualitativo en cuanto a la naturaleza de las situaciones que en ella se dan cita. En la actualidad se detecta la convivencia de tres realidades diferentes de pobreza:

- La pobreza “tradicional”, duradera y endémica, propia de regiones históricamente desfavorecidas.
- La derivada de la exclusión del mercado laboral de las personas más vulnerables ante las mutaciones tecnológicas, económicas y sociales acaecidas en los países europeos.
- La ocasionada por la marginación de las personas aisladas, con débiles lazos socio-familiares.

Las respuestas fragmentadas a la exclusión no dan cuenta de los efectos acumulativos de la vulnerabilidad (García, 1997). La ocultación social de la pobreza representa, en ese contexto, un factor de agravación de sus consecuencias, ya que muchas personas con derecho a la utilización de prestaciones y recursos sociales se inhiben y no las solicitan por razones diversas (conservar la propia imagen, miedo, etc.), lo que implica un impacto amplificado en sus condiciones de vida y de salud.

**Palabras clave:** Pobreza, marginación, desigualdad ante la salud, exclusión, educación para la salud.

## Abstract

Research carry out in several levels (local, regional, national and of international comparison) in the last decade, have showed that there are different levels of health and different frequencies in health problems among social groups: low socio-economic groups and/or those subject to some kind of exclusion are bound to worse health levels in a recidivism way and they suffer larger problems too. Furthermore, exclusion can not be only defined through categories which isolate to groups of people according to their region, their age and their income level, but that exclusion regroups to a broad variety of individual and family fates.

Social exclusion is not only an inequality sign between the high an the under of social scale, is a sign of the difference between integrated persons and those who are expel from that social dynamics. Thus, social exclusion converts itself into a structural and multidimensional matter which impedes them "to live" with non-excluded persons, and it points out a *de facto* loss of their citizenship. The quantitative change to a larger poverty it is come with a qualitative change because of the nature of the situations which come together in poverty. It is detected three different realities of poverty which exist side by side at the present:

- The "traditional", endemic and permanent poverty, which is an own

poverty of historically underprivileged regions.

- The poverty derives from labour market exclusion of people more vulnerable with regard to economic, social and technological changes which have happened in the European countries.
- Poverty caused by the exclusion of isolated persons and those with weak family bond.

The fragmented answers to exclusion do not report on the accumulative effects of vulnerability (García, 1997). On that context, hiding socially poverty expresses a worsening element of its consequences, since many persons, with the right to the use of benefits and social resources, keep out of asking them for several reasons (apprehension, maintaining their own image, etc.), and this means a broad incidence on their life and health qualities.

**Key words:** Poverty, exclusion, rejection, inequalities in health, health education.

## Introducción

La emergencia en los países occidentales, durante la década de los 80, de los fenómenos que se han vertebrado en torno a lo que se llama "la nueva pobreza", que comporta la llegada a situaciones de precarización de personas que, antes de la crisis económica, podían considerarse como socialmente integradas, ha puesto de manifiesto la consolidación de un fenómeno que, denominado de formas diversas (exclusión, desafiliación, precarización, etc.), tiene consecuencias traumáticas sobre la vida y las condiciones de salud de las mismas que precisan de una reconsideración del nuevo marco social y de salud en que nos moveremos

en lo sucesivo. En efecto, mientras la pobreza y la miseria se limitaban a los países del Sur y el crecimiento económico era ascendente en Europa, la cuestión de la pobreza tenía un carácter exótico, emparentado con posiciones morales. Hoy, cuando en la Comunidad Europea ronda los 18 millones de parados y tiene entre 50 y 70 millones de habitantes en situación de precariedad, la óptica se ha modificado radicalmente, y de modo particular por su incidencia en la calidad de vida de sus sociedades (Mangenot, 1999). Así, las situaciones antes apreciadas como excepcionales o al menos circunscritas a sectores y grupos muy localizados, son hoy corrientes por su generalización (pérdida de empleo, incapacidad de acceder al sistema de atención, pérdida de alojamiento o hacinamiento desmesurado, etc.).

La cada vez más numerosa cohorte de "precarizados" se ve obligada a proceder a abandonos progresivos de sus condiciones de vida que, hasta entonces, eran la garantía de su inserción social y de su calidad de vida; expresiones estas que pueden ser traducidas como la manifestación de su capacidad para vivir normalmente en el seno de su entorno social y familiar. Pues bien, bajo el impacto de la crisis económica, tales condiciones fueron puestas en cuestión, haciendo realidad lo que se ha denominado como "sociedad de dos velocidades", abocando a millones de personas a procesos de "desafiliación" (Castel, 1995) respecto de lo que hasta entonces eran condiciones normales de vida y de atención sanitaria, y situándoles en situaciones que, excluyéndoles del bienestar común, ponían simultáneamente en peligro su derecho a la salud.

En un período histórico donde las desigualdades sociales se incrementan constantemente en nuestra sociedad, la reducción del derecho a la salud se manifiesta básicamente por la ruptura de una importante fracción de la población con el sistema de atención sanitario, con la previsión social y con la posibilidad de acceder plenamente a los recursos que limitan la incidencia de los determinantes de la salud; de modo muy especial, a los recursos económicos y socioculturales.

Por lo tanto, la exclusión no es ya solamente la expresión de la situación en la que viven individuos sin domicilio fijo y pedigüños que viven de limosnas y sopas de caridad y que son atendidos por estructuras específicas alejadas de los sistemas normalizados de atención. Por contra, representa también los pasos que dan hacia la marginación los miembros de una población que no es posible definir por su condición miserabilista, lo que se plasma en el aumento de su morbilidad, la mala higiene alimenticia, la ausencia de cuidados preventivos, la renuncia a un control médico preventivo y al no respecto de los tratamientos por falta de recursos para realizarlos. Ello condujo al Consejo de Europa (1994), a definir a los excluidos como "grupos completos de personas [que] se encuentran parcial o totalmente fuera del campo de aplicación efectiva de los derechos del hombre. Y es sobre ese terreno de reivindicación de los "derechos a" la salud, la vivienda, etc., donde se sitúa cada vez más la lucha contra la pobreza, si bien esta referencia a los derechos bien podría significar un modo de enmascaramiento del crecimiento de las desigualdades y de la impotencia de los políticos (Mangenot, 1999).

Para que la precariedad dejase de ser un riesgo para la salud, los derechos y la dignidad de cualquier ser humano, y que nadie tenga que recurrir a la asistencia o la caridad, sería preciso asegurar, entonces, que todos tuviesen un acceso igual a los distintos niveles del sistema de atención y a los elementos socioculturales que les permitiesen elevarse sobre los meros niveles de subsistencia. Por ello, la orientación promotora de la salud integra tanto los aspectos colectivos, institucionales, legislativos y financieros como los educativos, porque una política de salud pública orientada a las poblaciones precarias no puede limitarse al problema del acceso a la atención sanitaria, aunque este sea probablemente el aspecto más urgente de la cuestión. En realidad esto es perfectamente posible ya que disponemos de los elementos precisos para que esta igualdad en el acceso al sistema de atención pueda ser garantizada, si bien ello supondría la adaptación del sistema de salud pública a las condiciones de vida de las personas y no al contrario como sucede en la actualidad. Para ello habrá que diversificar los medios de intervención en función de un análisis concreto de las necesidades en cada lugar.

En todo caso, no es admisible una concepción de la salud tan pobre y simplista como la que remite el bienestar físico, psíquico y social a un indicador como la duración de la vida, sin considerar nunca el de "vivir bien", esto es, el de bienestar. Por ello precisamos de indicadores de la calidad de vida (y de muerte) más eficaces heurísticamente que el simple recuento de la edad media de fallecimiento.

## Desigualdad y salud

El hecho de que las diferencias existentes en la vida social se traduzcan en disparidades ante la enfermedad y ante la muerte no debería sorprendernos demasiado, dada la cantidad de información que nos ha llegado a lo largo de estos últimos siglos, estableciendo una estrecha relación entre el nivel socio-económico y el estado de salud, y más concretamente el nivel de mortalidad. De modo que aunque todos tengamos el horizonte de la muerte, éste no siempre está a la misma distancia, dependiendo de factores tales como el sexo, la clase social, la educación y el lugar de habitación, todos ellos recubiertos de manera general por las condiciones de vida económicas y socioculturales.

Pero, ¿a través de qué mediaciones el orden social se traduce en orden biológico, es decir, como las diferencias de *status* o de clase se expresan bajo la forma de disparidades ante la salud? En realidad, nuestra comprensión del fenómeno de esa vinculación sigue siendo limitada, al menos en dos aspectos:

- a) Que los estudios realizados se han producido en los países desarrollados y dentro de la época contemporánea, lo que no permite establecer fiablemente el fenómeno en su generalidad y en su historicidad.
- b) Que, al ser los métodos utilizados en estos estudios fundamentalmente cuantitativos y estar orientados a mostrar la existencia de correlaciones entre categorías socio-económicas e indicadores de salud, no ha sido abordado el análisis de los mecanismos a través de los que se pasa de lo social a lo biológico.

Acercarse al conocimiento de la forma en que la desigualdad social es socialmente incorporada, dejando una huella diferencial en la salud y la enfermedad, es una tarea que no abordaremos, dadas sus implicaciones sociopolíticas que desbordan con amplitud los límites de esta contribución, pero que queremos indicar para su desarrollo ulterior en la agenda investigadora. No obstante apuntaremos que, en las últimas décadas, sobre todo desde comienzos de los 80, la cuestión de la universalidad de la desigualdad se ha ido desplazando conforme se ha ido cuestionando la estructuración del espacio social que, como dice Touraine (1991, 1992), ha pasado de ser una consideración vertical a otra horizontal o, en palabras de Balibar (1992:154), a situarse en una dimensión fragmentada, en lugar de la anterior visión de "continuum", que quiere patentizar los procesos de dualización social y, en especial, los fenómenos de pauperización que se han encuadrado bajo la rúbrica de la exclusión, frente a una concepción jerarquizada (de clases) de las sociedades. Ciertamente,

esta topografía social representa menos un cambio radical en el orden social, que una nueva forma de designar todo lo que crea problemas a la sociedad, desde los parados que no se sabe como recolocar a los inmigrantes que rechazan integrarse, desde los habitantes urbanos etiquetados como marginados a los enfermos de Sida cuya infección les hace ser rechazados por su entorno. (Fassin, 1996b: 56).

Un análisis somero de las desigualdades, en cualquier caso, manifiesta que, si bien es cierto que en todas las sociedades la configuración desigual del orden social se transcribe en las vidas de las personas concretas, esta impronta no siempre se realiza bajo la forma de disparidades

frente a la enfermedad y la muerte, como lo prueba que en sociedades tradicionales las diferencias de *status* o de riqueza no se tradujesen en una longevidad de los individuos ricos frente a los pobres, en mayores capacidades frente a los peligros de la existencia o en mayores recursos frente a la enfermedad, dado que, en lo esencial, todos compartían las mismas condiciones y los mismos modos de vida, a excepción de las situaciones extremas relativas a la escasez de alimentos que, evidentemente, tenían incidencia mayor en los más débiles o en los más pobres.

En nuestra sociedad, sin embargo, la constatación es que se opera una doble ruptura con esta configuración tradicional. Ruptura que atiende, por una parte, a los procesos de diferenciación social que se expresan en las condiciones y modos de vida, especialmente con las transformaciones de las relaciones de producción y las relaciones con el medio ambiente asociadas a la urbanización primero y después a la industrialización y, finalmente, a la mundialización de la división del trabajo. El resultado de ello ha sido un constante aumento de las disparidades ante la salud, la enfermedad y la muerte tanto entre países como entre componentes territoriales de un mismo país, aunque es cierto que en un contexto caracterizado por una mejora generalizada del promedio del estado de salud.

Por otra parte, la impresión directa sobre los sujetos de los efectos desiguales del orden social se transforma en la ubicación social desigual, que se evidencia en la diferencia de duración de vida media en función de las posiciones sociales y las profesiones que se ocupan. De este modo la desigualdad deja de ser evidente y se

oculta a la mirada ingenua, gracias entre otras cosas a la diversificación de las formas de pobreza, que precisan de un análisis más sutil que el que se hacía sobre la llamada pobreza "victoriana", y que ponen en cuestión los lazos existentes entre ciertos individuos y grupos y el resto de la sociedad.

## Riqueza, clase social y exclusión

Como podemos apreciar a tenor de lo expuesto, independientemente del modelo que se reclame como orientador respecto de la salud, existe la convicción compartida, desde hace unos cuantos años, de que la desigualdad social, antes o después, provoca desigualdad en la salud. Consecuentemente, a partir de esta evidencia, parece que todo planteamiento promotor de salud debería tender a reducir las diferencias económicas entre las clases y grupos sociales. Pero esto, en el actual modelo socio-económico, no parece que tenga visos de prosperar. Por el contrario, un planteamiento inverso, esto es, que trate de reducir las diferencias en los efectos (la salud de las poblaciones), no parece tan alejado de los planteamientos avanzados por los más compiscuos representantes del modelo capitalista globalizador, como es el caso del Banco Mundial (1993). Para este organismo, las modificaciones de las condiciones de acceso a la salud de los individuos y grupos en desventaja social permitiría que estos cambiasen su salud y, a través de este cambio, sus condiciones de vida, su capacidad productiva y sus ingresos, en definitiva, su riqueza y su educación. Dicho de otro modo, esta apreciación conduce a poner el énfasis en el cambio de compor-

tamientos que afectan a la salud, con lo que difícilmente se comprende que los sujetos escojan comportamientos que no maximizan sus oportunidades de mantener una buena salud. Es probable que esta orientación olvide que los comportamientos no son separables de las historias vitales y de los hombres y mujeres concretos, ni de los factores que les han forzado a asumirlos como pautas normalizadoras de su actividad en todos los campos de la vida, incluido el de la salud. Un terreno que como el mismo Banco Mundial (1998:31) se ha visto forzado a reconocer no es neutral, sino que se encuentra, asimismo, atravesado por cuestiones políticas muy sensibles que están dominadas

por intereses concurrentes entre los productores (lo que comprende una variedad de grupos profesionales así como de abastecedores de productos médicos y farmacéuticos), los asegurados, los consumidores (entre los que las diferencias, según los grupos de edad o de renta especialmente, pueden complicar las discusiones sobre los objetivos de las políticas) y las instancias de regulación.

¡Todo un descubrimiento! El banco Mundial ha necesitado dos décadas para llegar a esta conclusión, aunque disfrace sus análisis de los intereses en competencia con un lenguaje bastante trasnochado. Pero esa concomitancia sobre los efectos de la desigualdad en la salud, no supone, como podemos apreciar, que exista acuerdo en cuanto al modo de avanzar en la reducción de tales desigualdades y sus efectos. Así, los que se apoyan en la definición clásica de salud, han efectuado una aproximación a las desigualdades de salud a partir de métodos basados en el control de variables vinculadas a la morbi-mortalidad, que conceden muy poco interés a los índices explicativos de índole social.

Por su parte, los que han tomado como referencia la concepción de la salud impulsada por la OMS, han realizado sus trabajos de aproximación e investigación con la ayuda de técnicas estadísticas y etnográficas tratando de analizar la realidad social y de salud “de las clases sociales a partir de variables del tipo *status* de vida o hábitos saludables” (SIAS, 1997:83), teóricamente de índole subjetiva, pero en realidad fuertemente influenciada por razones económicas de fomento del consumo y de acomodación social.

En cualquier caso, creemos que una aproximación global a las desigualdades de salud, debe tener en cuenta no sólo los componentes económicos sino también los ambientales e individuales con que se relacionan. Este modo de aproximación quizá permita postular vías de solución que hoy por hoy parecen bloqueadas.

### Las dimensiones de las diferencias socioeconómicas

Diversos son los términos con que en las dos últimas décadas se ha intentado dar cuenta de las situaciones en las que los efectos de las desigualdades en la salud de individuos y grupos suponen un impacto diferencial negativo. Con ellos se ha intentado presentar, al mismo tiempo, los posibles estados sociales de deterioro y sus características así como las tareas que, cara a evitar los desequilibrios subsiguientes, se desprenden para la acción social y educativa para la salud. Entre estas nociones, las más significativas han sido las de *precariedad*, *exclusión* y *pobreza*, que sin ser términos creados *ex novo*, sí se han ido redefiniendo para dar nueva consistencia explicativa a

los elementos que configuran situaciones de ruptura con las condiciones sociales, más o menos estables desde finales de la 2ª Guerra Mundial, englobadas bajo el rótulo de Estado de bienestar:

- a) Así, la *precariedad* ha sido definida como aquella situación donde están ausentes algunas de las seguridades, especialmente la del empleo, que permiten a las personas y a las familias asumir sus obligaciones profesionales, familiares y sociales, así como disfrutar de sus derechos fundamentales (Wresinsky, 1987). Esa falta de seguridad puede traducirse en consecuencias más o menos graves y definitivas, entre las que se encuentra la llamada “gran pobreza”, que se manifiesta cuando la precariedad afecta a diversos aspectos de la existencia de modo persistente y pone en serio peligro las posibilidades de los afectados para reconquistar sus derechos y reasumir sus responsabilidades en un futuro próximo. Este concepto incorpora una dimensión múltiple de la pobreza y la marginalidad ya que se aplica a los sujetos no sólo cuando no tienen dinero, sino también cuando sufren carencias educativas, trabajo inestable, una vivienda poco salubre, una salud deficiente y, en general, una escasez de recursos para el consumo material así como de recursos sociales.
- b) La *exclusión* fue definida por Richard Lenoir (1974), en su ya clásica obra *Les exclus*, como un fenómeno novedoso que suponía la ruptura de los vínculos sociales y del acceso a los derechos sociales elementales de un determinado número de personas. Sin embargo, esta noción ha sido contro-

vertida, sobre todo en función de la gran cantidad de situaciones a las que alude, llegando a ser considerada una meta-categoría con diversos componentes y en permanente evolución, que comportan un denominador común: que los afectados tienen dificultades para integrarse en el colectivo social merced a un alejamiento de las vías esenciales de inserción social, el sistema productivo y el sistema de consumo, que les llevan a un empobrecimiento de sus relaciones sociales (Thomas, 1997). También ha sido considerada como la forma que adquiere la situación de aquellos que han ido acumulando ruptura tras ruptura con los lazos que los vinculan a un entorno, trabajo, hábitat, familia, participación en las estructuras sociales dominantes, etc., tratándose de un proceso discontinuo, con avances y retrocesos y que no implica irreversibilidad.

Robert Castel, por su parte, considera la exclusión como la etapa última que recorren aquellos que progresivamente han ido profundizando en la ruptura de sus vínculos sociales y en el aumento de la vulnerabilidad social. Esta apreciación representa una notable aportación puesto que reserva el estatuto de "excluido" a quienes han llegado a un punto de difícil o no retorno y no provoca confusión respecto de las posibles situaciones, más o menos reversibles, que pueden "desafiliarse" a los sujetos de su entorno social y familiar, sin provocar una ruptura definitiva.

Por tanto, es conveniente tener presente que tal y como es utilizado en la literatura al uso, el de exclusión es un concepto muy amplio que describe si-

tuaciones muy diversas y relacionadas con la ruptura de lo que se considera como los cordones umbilicales del vínculo social ( vivienda, familia y trabajo) y se visualizaría materialmente en la figura del vagabundo o sin domicilio fijo: "la exclusión se presenta como un fenómeno progresivo de marginalización de unos individuos que poco a poco pierden todo vínculo o toda afiliación social o ciudadana" (La Rosa, 1998:54).

En todo caso, la exclusión pone de relieve las dificultades integradoras de nuestras sociedades occidentales, en especial cuando las solidaridades básicas establecidas por el Estado de bienestar son puestas brutalmente en cuestión por las estrategias neoliberales, hoy condensadas bajo las manifestaciones de la globalización. De este modo, ha llegado a ser considerada como un paradigma que pone de manifiesto ante los ojos de nuestra sociedad sus propios fallos de funcionamiento y la fuerza a buscar soluciones a sus males (Paugam, 1996), tomando el relevo, como ya hemos indicado, del que representaba la lucha de clases y las desigualdades que expresaba. Dicha transformación ha sido definida por A. Touraine (1991:9) como: "el paso de una sociedad de clases con gentes arriba y otros abajo, a una sociedad horizontal donde lo importante es saber si se está en el centro o en la periferia."

En esa situación la relación de los sujetos con el trabajo adquiere un papel importante en función de que mientras éste es considerado como un factor esencial en el equilibrio y la inserción

social (Castel, 1995; Antés, 1995), su pérdida o la relación precaria con el mismo reviste el primero y fundamental escalón en la ruptura de los lazos sociales (Méda, 1995).

En cualquier caso, nosotros entendemos la exclusión como el resultado de un proceso no lineal de ruptura acumulativa de los lazos con aquellos elementos que caracterizan la inclusión social, lo que hace que los sujetos pierdan capacidades para recuperar su vinculación profesional, social y familiar. (García, 1997; Schnapper, 1996). De acuerdo con Antés (1995) y Castel (1995), dicho proceso de desintegración de las relaciones sociales estaría marcada por tres fases que actuarían como mojón de posicionamiento y de alerta en la carrera hacia la estación final de la exclusión:

- 1<sup>a</sup> Fase: caracterizada por la fragilización, precarización o aumento de la vulnerabilidad de los sujetos.
  - 2<sup>a</sup> Fase: significada por la incapacidad de responder sin la ayuda de la asistencia o la institucionalización.
  - 3<sup>a</sup> Fase: definida por la ruptura total de los puentes con la vida social, familiar o laboral, situándose en la marginalidad más extrema.
- c) El relativismo de la noción de la *pobreza* queda patentizado por la diversidad de apreciaciones históricas que la han intentado expresar, así como por la diversidad de los instrumentos utilizados para medirla y la propia subjetividad e la percepción de los sujetos. En todo caso, de una manera general, ha

sido definida como aquella situación de individuos, familias y grupos sociales caracterizada por la insuficiencia de recursos, la exclusión del modo de vida material y cultural prevaleciente y la precariedad de la ubicación social (Valtriani, 1993).

Una forma de aprehender las situaciones de pobreza consiste en articular una serie de indicadores tanto económicos (salario mínimo) como sociales (alojamiento, educación, trabajo, salud, etc.) que dan razón de la complejidad de sus elementos. Una mera definición en términos económicos, dejando de lado los indicadores socioculturales, situaría la definición de la pobreza en los simples límites de la subsistencia alimentaria, y dejaría de lado muchas de sus más importantes componentes, como la tenencia o no de un trabajo y, por tanto, de recursos económicos estables y de posibilidades de relaciones sociales normalizadas.

En todo caso, estos procesos que hemos tratado de precisar no son sino aspectos de una situación social anómala que implica dificultades de todo tipo que prescriben itinerarios cada vez más distantes de los parámetros que caracterizan los niveles mínimos de la calidad de vida y del bienestar. Un fenómeno que La Rosa (1998:65) ha expresado como una situación en la que, “los más pobres se ven sometidos al proceso de exclusión y a la acumulación de diversas precariedades”, y que para un determinado número de personas se manifiesta en un aumento significativo de su vulnerabilidad en materia de salud en todas sus facetas (físicas, psíquicas y de equilibrio social) que, por un lado, exacerba sus

riesgos y, por otro, les inhabilita socioculturalmente para mejorar sus condiciones de vida o, incluso, para acceder al propio sistema de cuidados sanitarios.

### **Exclusión y salud: la acumulación de factores negativos**

El efecto que las condiciones de vida de los sujetos tienen en su salud representa un factor acumulativo importante a la hora de propiciar una mejora o un deterioro de la misma. Navarro y Benach (1996:512), siguiendo las apreciaciones que hemos reseñado, y coincidiendo y conectando con los resultados obtenidos por muchos otros investigadores a lo largo y ancho del planeta, ya nos alertaban acerca de que “los seres humanos no enferman o mueren prematuramente de igual manera”, sino que como sucede con el resto de aspectos vitales “las variaciones en el modo de vivir y de enfermar son la regla y no la excepción”, en función de las diferencias sociales y personales existentes y de los recursos con que cuenten en materia de salud. Dicho de otro modo, el modo en que los individuos y diversos grupos sociales a los que pertenecen configuran su salud es *objetivamente* inverso a los recursos con que cuentan para afrontar su exposición a los factores de riesgo. De este modo, en función de la clase social, el género o el grupo humano y/o cultural al que pertenezcan o el lugar de residencia, difieren su exposición a los riesgos de salud. (García, Sáez y Escarbajal, 2000).

Los sucesivos estudios realizados en Europa no han hecho otra cosa que atestiguar esta situación, de modo que los factores que configuran lo que hoy llamamos “exclusión” suponen un

agravamiento de las carencias en la capacidad de respuesta de los sujetos y grupos frente a los elementos que deterioran, tanto objetiva como subjetivamente, su marco de salud (véase, por ejemplo el informe sobre *La Salud en Francia 1994-1998*). Estas desigualdades y desequilibrios, cuando se analizan territorialmente, nos proporcionan un estimable mapa de la salud y su estado sincrónico según los lugares de habitación, como sucede con el reciente informe de la Sociedad Española de Salud Pública (Álvarez y Peiró, 2000), cuando analiza el alcance de los elementos socio ambientales en los niveles de calidad de vida de las distintas regiones del Estado español.

De este informe se desprenden conclusiones que entroncan directamente con la premisa con que iniciamos este trabajo. Entre ellas destacaremos las siguientes, que ponen de manifiesto la estrecha vinculación existente entre dificultades socio-ambientales y riesgos de salud.

- a) En España las posibilidades de desarrollar una enfermedad se multiplican por dos en las comunidades autónomas menos favorecidas, es decir, con un menor índice de desarrollo socio-económico.
- b) La esperanza de vida entre las poblaciones de las regiones más desarrolladas es siete años mayor que en las categorizadas como “menos favorecidas”.
- c) Las diferencias sociosanitarias se amplían considerablemente en función del nivel de renta global de cada comunidad autónoma (y por extensión entre los núcleos de población de cada comunidad) con infraestructuras y recursos de investigación y dispositivos de

atención muy dispares, cuando no desiguales: estrategias de investigación del cáncer u otras enfermedades crónicas y de transmisión, infraestructuras de tráfico rodado, servicios de prevención ante la violencia sexista, negativa de los centros públicos a actuar en la interrupción de embarazos y su repercusión sobre las mujeres con menos recursos económicos, y un largo etcétera.

Sin embargo, esta confirmación del vínculo existente entre la pertenencia a un estrato o clase social con niveles de renta que, incluso a nivel territorial, tiene efectos diferenciados sobre la salud, no aclara suficientemente que en su reducción no sólo intervienen mediaciones económicas. En efecto, las mediaciones no económicas intervienen activamente en la configuración del espacio social de la salud. De lo que se deriva que junto a una nivelación en el acceso a la riqueza socialmente producida, toda actividad promotora de la salud tendrá que incidir también, junto a los recursos comunitarios, en

las capacidades personales para ofertar la posibilidad de que la gente asuma la responsabilidad de su propia salud. De este modo se quiere involucrar al conjunto de la población en sus contextos sociales cotidianos para mejorar sus condiciones de salud, apoyándose en los recursos comunitarios disponibles (educación social, trabajo social, organizaciones vertebradoras de la comunidad, ...) y generando otros que se consideren necesarios, para adoptar las medidas que modifiquen las causas o determinantes de la salud. (García, Sáez y Escarbajal, 2000:81).

No es casualidad que, a efectos de previsión de la evolución de la mejora de las condiciones de salud a escala planetaria, el Banco Mundial –que, por

otro lado, es radicalmente inconsecuente en la aplicación de sus análisis–, calcule que las simples mejoras en las condiciones locales en entornos pobres harían descender la incidencia de las enfermedades más letales hasta en un 40%. Así, la lucha contra la exclusión basada en la reducción de la pobreza y las diferencias entre ricos y pobres tendrían una incidencia drástica en la reducción de la mortalidad y las discapacidades ocasionadas por el desarrollo incontrolado de muchas enfermedades. Las medidas destinadas a erradicar la pobreza siguen siendo, por tanto, una prioridad absoluta si se quiere mejorar la salud de las poblaciones (Brundtland, 2000). Sin embargo, esta tarea debe articularse con una gestión adecuada de los recursos ambientales, que no puede supeditarse a que el desarrollo económico alcance un determinado umbral, puesto que, en sí mismas, representan una poderosa palanca para la mejora de la salud pública, tanto hoy como mañana. En efecto, mediante la aplicación de proyectos destinados a reducir las amenazas ambientales que deterioran la salud o causan pobreza, se puede mejorar la salud sin necesidad de esperar a que los ingresos de renta mejoren. Con lo que la mejora de las condiciones vitales diarias pueden contribuir a la eliminación de la pobreza, ya que eliminando las causas ambientales que hacen que la gente enferme, se facilita que se trabaje más y se incrementen sus ingresos económicos.

Pero, para que esos cambios sean posibles y se permanenticen es absolutamente imprescindible, como hemos indicado, otro tipo de mediaciones de tipo capacitador, entre los que destaca la inversión en Educación para la Salud y en

higiene pública y privada, sin que ello signifique que las medidas políticas a establecer se limiten a esos procesos, ya que la eliminación de las barreras institucionales y financieras que dificultan extremadamente el que muchas familias puedan autoprotgerse (sistemas de canalización de agua y residuos, acceso no discriminatorio de los emigrantes a la vivienda, capacidad de organización y de presión social, etc.).

### Pobreza y salud

Si bien es cierto que la salud, la enfermedad y la muerte dependen de muchos factores (ambientales, sociales, individuales, atención sanitaria, de edad, de sexo, etc.), sin embargo, uno de ellos ocupa un papel esencial: la pobreza (OMS, 1997), que es apreciada como la principal causa de muerte del mundo y el más importante determinante de la salud de los seres humanos. Desde un punto de vista estadístico, la pobreza afecta a la salud independientemente de cualquier otro factor, siendo la principal responsable de muchos otros efectos secundarios sobre la salud (educación, salubridad, degradación ambiental, toxicomanías, deterioro familiar, etc.). Por su parte las enfermedades desgastan las economías familiares, reducen las posibilidades de formación, bajan el rendimiento productivo y hacen disminuir la calidad de vida creando o perpetuando la pobreza. Pero esta relación entre salud y recursos económicos no sólo se aplica a los individuos; vale igualmente para los países y, dentro de ellos, para sus componentes territoriales. Al nivel más elemental, la fuerza del vínculo entre salud y riqueza, se perfila en la incapacidad económica

para garantizar la satisfacción de las necesidades más básicas (alimento, agua, vestido, vivienda, atención sanitaria mínima, etc.), que se hace patente de manera brutal en los 1.300 millones de seres humanos que tienen una renta de menos de un dólar diario.

De manera global, una de las principales causas de la falta de salud es la desnutrición, que por lo general es un indicador de la pobreza y muy raramente un indicador de la escasez de alimentos, cuyos efectos inmediatos son la muerte (12% del total en 1990), mientras que los mediatos residen en su enorme aportación al desarrollo de enfermedades crónicas e infecciosas (50% de las muertes infantiles en los países en desarrollo). Consecuentemente, el aumento del nivel de renta implica más y mejor alimentación, vivienda y vestido, que son recetas básicas para obtener un nivel mínimo de salud. En el polo opuesto, las personas con rentas altas, que disponen de mejor educación e información, disfrutan de mejores niveles de salud, ya que el conocimiento adquirido lo pueden emplear adecuadamente gracias a su poder económico: la educación se revela, así como un potente factor de atención primaria que, igualmente ha de valer para los económicamente más débiles puesto que permite activar recursos que de otro modo se ignorarían y no se utilizarían.

Desde luego, en las sociedades más ricas, esta relación entre riqueza y salud está mucho más matizada, justamente por la diversidad de situaciones en que pueden, y de hecho se encuentran, sus pobladores. En este contexto no suele suponer una privación material tan grave como la que ocurre en los países con

menor desarrollo, tratándose en muchos casos de una "pobreza relativa", frente a la pobreza absoluta de muchos de los países subdesarrollados. En realidad, al hablar de riqueza, estamos aludiendo no sólo a la riqueza en sí misma sino a su distribución entre los distintos grupos que componen la sociedad, hasta el punto de que se ha llegado a afirmar de que no son los países mas ricos los que tienen una mayor esperanza de vida, sino los que tienen una mayor distribución de los ingresos y cuentan con una tasa menor en situaciones de pobreza relativa.

Esto explica la influencia que en la salud tiene la separación en aumento entre ricos y pobres, tanto entre distintos Estados como en el interior de un mismo país. Sin embargo, la renta y la igualdad (distribución) no son el único factor, en la incidencia de la riqueza en la salud, sino que otros como la planificación del desarrollo, las inversiones en atención sanitaria y las políticas sociales, pueden significar una gran diferencia en la salud de la población, como han puesto de manifiesto países como China, Cuba o Costa Rica donde el éxito económico no ha sido esencial para mejorar la salud de sus ciudadanos, mostrando la importancia de las políticas aplicadas, especialmente en materia de educación y la implementación de la seguridad social universal.

Lo cual significa que el crecimiento económico no es suficiente, aunque sea necesario, para lograr la mejora de la salud de todos, sobre todo si la desigualdad en el aumento de la renta se amplía, dejando fuera de su disfrute a amplios sectores de la sociedad. En este caso, conforme se amplie la desigualdad de los ingresos, probablemente aumente también la distancia en el

acceso a las condiciones que favorecen la salud, configurando un marco de "polarización epidemiológica", lo que implica un cuadro en el cual la mortalidad por enfermedades infecciosas y desnutrición se mantendrá alta, pero cada vez más concentrada en los pobres (países, grupos y personas).

Y esta situación, en un marco globalizador, en el que impera la obtención del beneficio económico sobre todas las cosas, agudiza el riesgo de hacer más ciertas aún las palabras de Elkin Patarroyo cuando afirmaba que "no se presta atención a la salud de los pobres porque no es rentable".

## Bibliografía

- AÏACH, P. (1995): "La société au miroir des inégalités de santé". *Prévenir*, nº 28: pp. 29-35
- ÁLVAREZ y PEIRÓ. (2000): Informe de la sociedad española de Salud Pública.
- ANTÉS, M. (1995): "Genèse d'une nouvelle question sociale: l'exclusion". *Lien social et politique, RLIC*, nº 34; pp. 43-52.
- APPAY, B. y THEBAUD-MONY, A. (1997): *Precarisation sociale, travail et santé*. Paris: Iresco
- ARWIDSON, P. (1995): "Essayer de comprendre les inégalités sociales face à la santé". *Prévenir*, nº 28: pp. 57-62.
- BALIBAR, E. (1992): "Inégalités, fractionnement social, exclusion. Nouvelles formes de l'antagonisme de classe?", en J. Affichard y J. B. de Foucauld (Eds), *Justice sociale et inégalités*. Paris: Esprit.
- BANCO MUNDIAL (1978): *Lessons from Experience in NHP*. Washington, D.C.: World Bank.
- BANCO MUNDIAL (1993): *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans le santé*. Washington, D.C.: Banque Mondiale.

- BERDUGO, F. (1998): "Manuel Elkin Patarrayo. Investigador, inventor de la vacuna contra la malaria". *Suplemento Entorno-La Opinión*, 25 de febrero; p. 3.
- BOUCHAYER, F. (Ed) (1994): *Trajectoires sociales et inégalités*. París: MIRE/INSEE.
- BOURDIEU, P. (1993): *La misère du monde*. París: Seuil.
- BRUNDTLAND, G. H. (2000): "Combattre la pauvreté en améliorant la santé. Un nouvel axe pour l'OMS". *Actualité et dossier en santé publique*, n° 30, marzo; pp. 61-64.
- CALDWELL, J.C. (1999): "Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé?". *Revue Internationale des Sciences Sociales*, n° 161, septiembre; pp. 371-378.
- CASTEL, D. (1995): *Équité et santé*, Rennes: ENSP.
- CASTEL, R. (1995): *La métamorphose de la question sociale*. París: Fayard.
- DE MUYLDER, R. y DEBIONNE, F.-P. (1995): "La misère mine la santé". *Santé et insertion, un défi à l'illettrisme*. París: La Documentation française.
- EVANS, R.G., MORRIS, L.B. y MARMOR, T.R. (1996): *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. París: Les Presses de l'Université de Montréal/John Libbey Eurotext.
- FASSIN, D. (1996a): "Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États Unis et en Amérique latine". *Revue française de sociologie*, Vol. 37, n° 1; pp. 37-75.
- FASSIN, D. (1996b): *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. París: PUF.
- FITOUSSI, J.-P. y ROSENVALLON, P. (1996): *Le nouvel âge des inégalités*. París: Seuil.
- FOURNIER, L y MERCIER, C. (1996): *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*. Montréal: Le Méridien.
- GARCÍA, A. (1997): "La problemática de la exclusión". *Boletín APES*, n° 12, junio-agosto; pp. 28-33.
- GARCÍA, A., SÁEZ, J. y ESCARBAJAL, A. (2000): *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- GAUDELAJ, V. DE y TABOADA, I. (1994): *La lutte des places*. París: Desclée de Browver.
- GROS-JEAN, C. y PADIEU, C. (1995): "Les exclus". *Revue des Affaires sociales*, n° 2-3.
- HANT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998): *La progression de la précarité et ses effets sur la santé*. Rennes: EMSP
- HANT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998): *La santé en France 1994-1998*. París: La Documentation Française.
- HERTOGHE, A. y MIGLIORINI, R. (1995): *Vaincre l'exclusion aujourd'hui*. París: Bayard.
- JODELET, D. (1996): "Les processus psychosociaux de l'exclusion", en *L'exclusion. L'état des savoirs*. París: La Découverte.
- LA ROSA, E. (1998): *Santé, précarité et exclusion*. París: PUF.
- LAMARQUE, J. (1995): *L'exclusion*. París: PUF.
- LECOMPTE, T., MIZRAHI, A. y MIZRAHI, A. (1996): *Précarité sociale: cumul des risques sociaux et médicaux*. París: CREDES.
- LENOIR, R. (1974): *Les exclus*. París: Seuil.
- MAISONDIEU, J. (1997): *La fabrique des exclus*. París: Bayard.
- MANGENOT, M. (1999): "Lectures dissonantes des nouvelles pauvretés". *Le Monde Diplomatique*, Septiembre; pp 4-5.

- MARC, G. (1995): "Santé et exclusion". *Groupé "ethique et santé"*; pp. 3-9. enero.
- MASSÉ, R. (1995): *Culture et santé publique*. Montréal: Gaëtan Morin.
- MAZEL, O. (1996): *L'exclusion, le social à la dérive*. Paris: Le Monde/ Marabout.
- MEDA, D. (1995): *Le travail. Une valeur en voie de disparation*. Paris: Aubier.
- MENORET-CALLES, B. (1997): *L'accès aux soins des populations démunies. L'éthique en mouvement*. Paris: L'Harmattan.
- MOREAU DE BELLAING, L. (1988): *La misère blanche. Le mode de vie des exclus*. Paris: L'Harmattan.
- NAVARRO, V. y BENACH, J. (1996): "Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España". *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 70, nº 5-6, septiembre-diciembre.
- OMS (1997): *Declaración de Yakarta*. Ginebra: OMS
- PAUGAM, S. (1991): *La disqualification sociales. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: PUF.
- PAUGAM, S. (1996): "La constitution d'un paradigme", en *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris: La Decouverte.
- PINA, C. y TALIN, K. (1996): "Exclusion et pauvreté". *Regards*, nº 11; pp. 183-229.
- PONCE, J.A., MURIEL, R. y GÓMEZ DE TERREROS, I. (Eds.) (1997): *Informe SIAS*. Sevilla: AEP.
- SCHNAPPER, D. (1996): "Integration et exclusion dans les sociétés modernes", en *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris: La Decouverte.
- SONTAG, S. (1996): *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid. Taurus.
- STROBEL, P. (1996): "De la pauvreté a l'exclusion: société salariale ou société des droits de l'homme". *Revue internationale des sciences sociales*. Paris, junio.
- THOMAS, H. (1997): *La production des exclus*. Paris: PUF.
- TOURAINÉ, A. (1991): "Face à l'exclusion". *Esprit*, nº 169; pp. 7-13.
- TOURAINÉ, A. (1992): "Inégalités de la société industrielle, exclusion du marché", en J. Affichard y J.B de Foucauld (Eds), *Justice sociale et inégalités*. Paris: Esprit. Pp. 163-174.
- WARD, J. (1997): *Santé: intervention sociale*. Paris: Masson.
- WRESINSKI, J. (1987): "Grande pauvreté et précarité économique et sociale". *Journal officiel*, nº 6, 28 de febrero. Paris.
- XIBERAS, M. (1993): *Les théories de l'exclusion. Pour une construction de l'imaginaire de la déviance*. Paris: Meridiens-Klincksieck.