

# Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI

*Cualquier transformación social tiene su origen en otra manera de mirar y entender la realidad. Hoy en día, la pobreza, la exclusión social y las desigualdades sociales son inmensas, escandalosas, mucho mayores de lo que observamos a simple vista, de lo que queremos ver o incluso de lo que podemos imaginar. Para ver esa otra realidad necesitamos buena información y mucha reflexión, y eso es difícil. Sólo con capacidad crítica, tiempo y esfuerzo se aprende a mirar mejor y entender lo oculto, lo invisible. En un tiempo de inmoralidad y barbarie, donde el pragmatismo todo lo invade, la codicia es omnipresente, se idolatra al dinero, se manipula la información, se falsea la historia, y donde casi todo se maquilla, es preciso preservar el sentido del horror y de la realidad. Es preciso comprometerse con el derecho a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los habitantes del planeta. No caben excusas, nos va en ello nuestra salud. El objetivo de este artículo es presentar alguna de las principales claves, a menudo invisibles, que caracterizan a la peor epidemia de nuestro siglo: la desigualdad en salud.*

En las ventanas del alma, que son los ojos, se expresa lo más íntimo del ser humano. Cuando nuestra mirada es capaz de percibir las condiciones de vida y trabajo, los rostros de dolor, el sufrimiento y la lucha de las personas y de los pueblos, mirar es comprender.<sup>1</sup> Pero, además, necesitamos cuantificar la magnitud de lo que estamos viendo, y las cifras reflejan dramas colectivos: hoy en día una niña recién nacida en Suecia puede vivir 43 años más que una niña nacida en Sierra Leona. Pero esa muerte desigual no se produce sólo entre Suecia y Sierra Leona, sino entre un puñado de países ricos y Malí, Haití, Mozambique, Uganda, Nepal, Bangladesh... La desigualdad se produce, sobre todo, entre los países ricos, “sobredesarrollados”,<sup>2</sup> y las más de

Joan Benach y Montse Vergara pertenecen al Grupo de Investigación de Desigualdades en Salud (Unidad de Investigación en Salud Laboral) de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.

Carles Muntaner es profesor en el departamento de Salud Pública de la Universidad de Toronto.

<sup>1</sup> J. Benach y C. Muntaner, *Aprender a mirar la salud*, El Viejo Topo, Barcelona, 2005.

<sup>2</sup> J. Riechmann, *Todo tiene un límite. Ecología y transformación social*, Debate, Madrid, 2001.

2.000 millones de personas que viven en los países más pobres del planeta. En los países “en desarrollo”, que mejor habría que llamar “países arrollados por el desarrollo ajeno”,<sup>3</sup> aproximadamente el 40% de los infantes de dos años tienen una estatura menor de la que les corresponde, y las tasas de mortalidad materna son, en promedio, 30 veces las de los países ricos. El riesgo de que una mujer sueca muera durante el embarazo o el parto es de 1 entre 17.400, mientras que el de una afgana es de 1 entre 8. En Uganda, 200 de cada 1.000 niños nacidos en los hogares más pobres morirán antes de su quinto cumpleaños, mientras que en los países ricos sólo morirán siete de cada 1.000. También en los adultos hay claras desigualdades: la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años es más de 10 veces superior en Lesoto, al sur de África, que en Suecia. En Australia los varones indígenas viven unos 17 años menos como promedio que aquellos de origen no indígena.<sup>4</sup>

El impacto que hechos como estos tienen sobre la salud pública del planeta es gigantesco. Si todo el planeta consiguiera alcanzar el nivel de mortalidad infantil que hoy tiene Islandia (el más bajo del mundo en 2002), cada año podría evitarse la muerte de más de 11 millones de niños.<sup>5</sup> Tres datos sirven de referencia para valorar la importancia de este hecho: en el año 2002 murieron más de un millón y medio de personas de tuberculosis, más de un millón de malaria y casi tres millones de SIDA.<sup>6</sup> Si cada civilización crea sus propias enfermedades y sus propias epidemias, la enfermedad más importante de nuestra época, su epidemia más devastadora, no es la tuberculosis, la malaria, o el SIDA, sino la desigualdad de la salud.

Países relativamente ricos como Rusia, Hungría y otros del este de Europa tienen una esperanza de vida 10 años menor que la de países como Suecia o Japón.<sup>7</sup> Entre los países menos desarrollados, Costa Rica y Cuba tienen 10 años más de esperanza de vida que Perú, 20 años más que Haití y 30 años más que Angola.<sup>8</sup> Estas cifras promedio de cada país esconden a su vez enormes desigualdades internas. En un mismo país hay regiones o barrios donde viven personas con niveles de riqueza y riesgos de tipo social, ambiental o personal para la salud muy distintos según cuáles sean su clase social, género o etnia. Y los países ricos no están en absoluto exentos de desigualdad. Las áreas más pobres de la

---

<sup>3</sup> E. Galeano, *Patatas arriba. La escuela del mundo al revés*, Siglo XXI, Madrid, 1998.

<sup>4</sup> Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Organización Mundial de la Salud (OMS), Génova, 2008.

En: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

<sup>5</sup> *Informe sobre la salud en el mundo. Forjemos el futuro*, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003. En: <http://www.who.int/whr/2003/es/>

<sup>6</sup> *Ibidem*.

<sup>7</sup> M. Bobak y M. Marmot, “East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda”, *BMJ*, N° 312, 1996, pp. 421-425.

<sup>8</sup> Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial*, Banco Mundial, Madrid, 1993.

ciudad escocesa de Glasgow tienen una esperanza de vida 28 años menor que las zonas más ricas de esta ciudad. Un hombre con estudios universitarios, con un trabajo estable como profesional, que tiene apoyo familiar y social, y que vive en un barrio acomodado, no sólo tiene mayores recursos sino también una probabilidad mucho mayor de tener un mejor nivel de salud que una mujer emigrante, negra, sin estudios, desempleada, sin apoyo social ni familiar, y que vive en un barrio marginado de la misma ciudad. En general, la desigualdad afecta sobre todo a los grupos más explotados, oprimidos o excluidos de la sociedad, que, además, suelen vivir en los barrios más pobres y marginados sufriendo un proceso de desigualdad múltiple. Entre los grupos sociales más afectados destacan los trabajadores y trabajadoras más pobres, las clases sociales más explotadas, las mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, los desempleados sin recursos, los inmigrantes ilegales más pobres a quienes se les niega el trabajo, o las personas sin techo o en situación de grave marginación social.

---

**En Uganda, 200 de cada 1.000 niños nacidos en los hogares más pobres morirán antes de su quinto cumpleaños, mientras que en los países ricos sólo morirán siete de cada 1.000**

---

EEUU, el país más poderoso de la tierra, el país que produce un tercio de la riqueza mundial, es también uno de los países más adelantados en ampliar las desigualdades. Cerca de 1 de cada 10 familias es pobre, 1 de cada 5 habitantes es analfabeto funcional<sup>9</sup> y los servicios de salud de gran parte de la población están hechos añicos: casi 44 millones de personas (8,5 millones de niños), el 15% de la población del país, no tienen seguro médico.<sup>10</sup> Algunos condados del estado de Dakota del Sur tienen, en promedio, 12 años menos de esperanza de vida en los hombres y 17 en las mujeres que en Minneapolis o Utah.<sup>11</sup> Si las tasas de mortalidad de la población de raza negra durante la década de los noventa hubieran sido iguales a las de la población de raza blanca se hubieran evitado cerca de 900.000 muertes. En el barrio de Harlem, en el norte de Manhattan (Nueva York), viven alrededor de 115.000 personas, un 40% de las cuales son pobres, y la mayoría son negros. La peor salud de los habitantes de Harlem ha sido estudiada desde hace tiempo. Hace más de una década, dos médicos del *Harlem Hospital* señalaron que las tasas de mortalidad de los jóvenes de este barrio sextuplicaban a las del promedio de los jóvenes de EEUU, y muestra-

<sup>9</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre desarrollo humano*, Ediciones Mundi-Prensa, Barcelona, 2000.

<sup>10</sup> U.S. Census Bureau. En: <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins.html>

<sup>11</sup> C. J. L. Murray, C. M. Michaud, M. T. McKenna y J. S. Marks, *U.S. Patterns of Mortality by County and Race: 1965-1994*, U.S. Burden of Disease and Injury Monograph Series, Harvard School of Public Health and Centers for Disease Control and Prevention, Cambridge y Atlanta, 1998.

ron que es menos probable que los negros de Harlem llegaran a los 65 años que los habitantes de un país tan pobre como Bangladesh.<sup>12</sup> Es revelador constatar que ser pobre y vivir en una zona rica puede ser más dañino para la salud, que ser aún más pobre pero vivir en una zona pobre. Aunque menos visibles que la pobreza medida en valor absoluto, las desigualdades sociales dañan profundamente nuestra salud.

## **La desigualdad en salud tiene varias caras**

Desde muy antiguo sabemos que la pobreza afecta a nuestra vida y a nuestra salud. Los pobres enferman en mayor proporción y mueren antes que quienes son más ricos. No obstante, en otros casos no tan extremos, las cosas no parecen tan evidentes. Por ejemplo, ¿qué ocurre con la salud de quienes sólo son “un poco” pobres?, ¿cuál es la salud de los ciudadanos que poseen un nivel de riqueza y bienestar material medio en comparación con quienes poseen el nivel más elevado? Para contestar a esas preguntas no basta el sentido común. Comprender las relaciones existentes entre la desigualdad social y la desigualdad en la salud es algo mucho más complejo que el simple hecho de constatar la enorme diferencia en la riqueza o la muerte existente entre los individuos y grupos que están en los extremos de la escala social, o entre las naciones o áreas geográficas muy ricas o muy pobres. Tres décadas de abundante investigación científica han permitido sacar a la luz cinco elementos clave de la desigualdad en salud: las desigualdades son enormes, graduales, crecientes, adaptativas e históricas.

La salud de quienes están mejor socioeconómicamente y quienes viven en las áreas más privilegiadas de los países o las ciudades es mucho mejor que la de la población más desfavorecida. De hecho, las diferencias en la probabilidad de morir entre las clases sociales extremas son tan grandes que superan en magnitud a las producidas por el tabaquismo, el factor de riesgo para la salud más estudiado durante la segunda mitad del siglo XX.<sup>13</sup> En Reino Unido, un número muy amplio de estudios ha mostrado las desigualdades entre clases sociales. Por ejemplo, los profesionales y directivos tienen casi 10 años más de esperanza de vida al nacer que los trabajadores manuales.<sup>14</sup> Si las clases sociales británicas más pobres tuvieran las mismas tasas de mortalidad que las más ricas, cada año podrían evitarse 42.000 muertes en el grupo de población de 16 a 74 años.<sup>15</sup>

Las desigualdades se extienden a lo largo de toda la escala social. A medida que descendemos en dicha escala, en el nivel de riqueza o en la educación, la salud de las perso-

---

<sup>12</sup> C. McCord y H. P. Freeman, “Excess Mortality in Harlem”, *New Engl J Med*, N° 322, 1990, pp. 173-177.

<sup>13</sup> M. Angell, “Privilege and health-What is the connection?”, *N Engl J Med*, Vol. 2, N° 329, 1993, pp.126-127.

<sup>14</sup> L. Hattersley, “Trends in life expectancy by social class: an update”, *World Health Stat Q*, N° 2, 1999, pp.17-24.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

nas también empeora progresivamente. Las implicaciones sociales y políticas de este descubrimiento son muy importantes. En realidad, a mayores ventajas socioeconómicas, mayor esperanza de vida y mayores niveles de salud. En EEUU, un estudio que analizó 300.000 hombres de raza blanca según su nivel de ingresos familiar mostró un gradiente en el nivel de mortalidad en 11 de 12 categorías estudiadas: a menor renta, mayor mortalidad.<sup>16</sup> El mismo gradiente se ha comprobado también en la apreciación de nuestra propia salud (estado de salud autopercebido), la obesidad, el nivel de colesterol y de glucosa en sangre, o en la exposición a factores de estrés existentes en el medio laboral como la realización de un trabajo poco variado o tener un bajo control en el lugar de trabajo.<sup>17</sup> Así pues, personas sin grandes necesidades materiales o personales y sin especiales riesgos para la salud mueren antes y enferman más que aquéllas que están situadas inmediatamente por encima en la escala social. Aunque la investigación científica no ha logrado aclarar aún con detalle sus causas últimas, hay acuerdo en una cosa: existe algo intrínseco en la jerarquía y en la desigualdad social que daña la salud.<sup>18</sup>

Aunque durante el siglo XX las tasas de mortalidad de los países (especialmente las de los ricos) se redujeron notablemente, las desigualdades en mortalidad por clase social entre los países y entre las clases sociales han aumentado.<sup>19</sup> Por ejemplo, al comparar hombres de mediana edad de las clases manual y no manual en Finlandia, el riesgo de morir creció desde 1,6 (60% mayor) en 1980-1984 hasta casi 2 (el doble) en 1990-1994. La sociedad cambia, las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente en diferencias de salud injustas y evitables persiste o aumenta.<sup>20</sup>

Los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Ya sea en el uso de los servicios de planificación familiar, en las pruebas de detección precoz del cáncer de mama o en el uso de los servicios sanitarios. Es más, con frecuencia funciona la llamada “ley inversa de atención sanitaria”. Es decir, el uso y calidad de la asistencia sanitaria varía en sentido inverso a las necesidades de la población.<sup>21</sup> A mayores necesidades, menor y peor atención. Un ejemplo de esa “ley” es la exportación del tabaquismo desde los países ricos hacia los países más pobres y el trasvase de esa adicción hacia los estratos más bajos

<sup>16</sup> G. D. Smith, J. D. Neaton, D. Wentworth, R. Stamler y J. Stamler, “Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. I. White men”, *Am J Public Health*, N° 86, 1996, pp. 486-496.

<sup>17</sup> M. Marmot, G. D. Smith, S. Stansfeld et al., “Health inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II study”, *Lancet*, N° 337, 1991, pp. 1387-1393.

<sup>18</sup> R. G. Evans, M. L. Barer y T. R. Marmor (Coord.), *Why are some people healthy and others not?*, Aldine De Gruyer, Nueva York, 1994.

<sup>19</sup> M. Marmot, M. Bobak y G. D. Smith, “Explanations for Social Inequalities in Health”, en B. C. Amick III, S. Levine, A. R. Tarlov y D. Chapman (Coord.), *Society & Health*, Oxford University Press, Nueva York, 1995.

<sup>20</sup> Z. Kmiotowicz, “Gap between classes in life expectancy is widening”, *BMJ*, N° 327, 2003, p. 68.

<sup>21</sup> J. Tudor Hart, “The Inverse Care Law”, *Lancet*, 1971, pp. 405-412.

en la escala social. Las agresivas campañas de las empresas tabacaleras, aunque con frecuencia sutiles, con su promoción en los países pobres, y la defensa de la “libertad individual” en los países ricos, han ayudado a descubrir y mantener el hábito de fumar a los más de 1.100 millones de fumadores del planeta.<sup>22</sup> Mientras que en los últimos 40 años el consumo de tabaco se ha reducido a la mitad en los países ricos, en los países pobres, con China a la cabeza, el consumo se ha duplicado. Hoy el 80% de fumadores vive en los países pobres.

La historia nos ayuda a entender que la aparición de la desigualdad en salud no es fija ni inevitable. La esperanza de vida al nacer ha aumentado durante el siglo XX debido sobre todo a un rápido descenso de las tasas de mortalidad materno-infantil, la infancia y la primera etapa de la edad adulta. Los principales determinantes de esa mejora hay que buscarlos en el desarrollo económico, la mejora en las condiciones de vida y la puesta en práctica de medidas de salud pública.

---

La sociedad cambia, las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente en diferencias de salud injustas y evitables persiste o aumenta

---

## La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

A principios de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, por sus siglas en inglés)<sup>23</sup> con el propósito de recoger y resumir la información científica disponible sobre cómo factores sociales como las relaciones de empleo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el género, el ambiente urbano o el desarrollo infantil generan desigualdades de salud en el mundo entero, y generan recomendaciones políticas para su reducción.

Dirigida por el epidemiólogo británico de origen australiano Michael Marmot, la Comisión se constituyó a partir de científicos, políticos, expertos y miembros de la sociedad civil. Junto a un amplio grupo de comisionados del mundo de la política y la ciencia, entre los que se incluye el ex presidente de Chile Ricardo Lagos, el senador italiano Giovanni Berlinguer y el Premio Nobel de Economía Amartya Sen, en el proceso de generación de información jugaron un papel muy importante las redes de conocimiento o grupos de investigación que rea-

---

<sup>22</sup> H. Kane, “Le commerce avant la sante. La cigarette américaine à la conquête du monde”, *Le Monde Diplomatique*, mayo de 1997, pp. 22 y 23.

<sup>23</sup> Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH), Organización Mundial de la Salud (OMS).  
En: [http://www.who.int/social\\_determinants/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/en/index.html)

lizaron el trabajo de resumir el conocimiento científico disponible antes referido. En agosto de 2008 se publicó el informe *Reducir la desigualdad en una generación: equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud*, donde se reflejan las principales conclusiones y recomendaciones políticas de la Comisión.

En el informe se documenta ampliamente el hecho de que la desigualdad en salud es la principal “enfermedad” que asola nuestro planeta. También se muestra con claridad cómo los países más ricos tampoco están libres de la desigualdad en salud. Además, destaca el hecho de que las causas fundamentales de la desigualdad en salud no se deben a factores biológicos o genéticos, los “estilos de vida”, los servicios de salud o, incluso, la riqueza general del país.

Hay muy pocas enfermedades puramente genéticas y éstas afectan a un porcentaje de población muy pequeño. La predisposición genética casi nunca produce efectos inevitables. Además, los factores biológicos interactúan constantemente con el ambiente y una desventaja inicial genética puede ser habitualmente compensada mediante un cambio social.

Las conductas relacionadas con la salud o los mal llamados “estilos de vida” no provienen de elecciones estrictamente personales y libres. Tres cuartas partes de la humanidad (unos 4.500 millones de seres humanos) no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud como seguir una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede.

Aunque son importantes, tampoco los servicios sanitarios constituyen el factor fundamental que genera desigualdades en salud. Se ha podido documentar, por ejemplo, que, desde mediados del siglo XIX, la mortalidad en Inglaterra y Gales disminuyó debido, sobre todo, al control de enfermedades infecciosas mediante intervenciones sanitarias y personales como la mejora de la nutrición, el control higiénico del agua y los alimentos, y la limitación en el crecimiento de la población debido a los cambios en las prácticas reproductivas.<sup>24</sup> Ello ocurrió décadas antes de que existieran tratamientos médicos o vacunas efectivas.

Los múltiples estudios científicos recogidos por la Comisión muestran cómo, en comparación con las personas que tienen más riqueza, educación y poder, las personas de las clases sociales más pobres y explotadas son quienes tienen a la vez los peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales y servicios de salud que, finalmente, se manifiestan en un peor estado de salud. Entre los factores sociales, la Comisión destaca las

---

<sup>24</sup> T. McKeown, R. G. Record y R. D. Turner, “An interpretation of the decline in mortality in England and Wales during the twentieth century”, *Population Studies*, Nº 29, 1975, pp. 391-422. R. Dubos, *El espejismo de la salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1959 (traducción de José Ramón Pérez).

malas condiciones de empleo con una mayor precariedad laboral, no poseer una vivienda digna y bien acondicionada, no disponer de agua limpia, la falta de protección y servicios sociales, o no tener los recursos económicos, educativos y las oportunidades necesarias para llevar una vida saludable como tienen las personas en mejor situación económica, cultural o política. La combinación “tóxica” de factores sociales daña la salud de las personas en peor situación social y empeora también otros factores de riesgo que a su vez dañan la biología, generan enfermedad y aumentan el riesgo de fallecer. Así pues, el origen de la desigualdad en salud deriva del conjunto de determinantes sociales, económicos y políticos que anteceden a la generación de causas como las citadas entre y dentro de los países. Es lo que la Comisión ha denominado las “causas de las causas” de la enfermedad y la desigualdad. Es decir, la desigual distribución en el poder económico y social existente entre y dentro de los países que condiciona las políticas sociales y económicas, y que a su vez influye en la salud de las personas.<sup>25</sup>

La Comisión y la publicación de los distintos trabajos que se han realizado suponen un importante paso para la salud pública global, comparable a los primeros documentos de la OMS sobre los efectos nocivos del tabaco o la conferencia de Alma Ata sobre salud primaria. El informe de la Comisión representa una oportunidad única para lograr que muchos millones de personas conozcan por vez primera este tema y que salgan a la luz tres puntos esenciales: que existe un fenómeno de salud pública muy importante llamado desigualdad en salud; que éste se produce fundamentalmente por causas económicas y políticas; y que podemos actuar políticamente para cambiar esa realidad. No obstante, el informe no cubre temas de tanta importancia como adentrarse en los problemas del capitalismo neoliberal, la desigualdad de clase como motor del crecimiento capitalista, el papel del imperialismo o las alternativas socialistas en América Latina, entre otras ausencias notables.

La Comisión plantea oportunidades estratégicas para generar una agenda local y global que ayude a formular, planificar y poner en marcha políticas y programas sobre los principales determinantes sociales relacionados con la salud a corto, medio y largo plazo. Hay que aumentar la igualdad social con un reparto más equitativo de la riqueza y una redistribución más igualitaria del poder internacional. Las intervenciones tienen que ver con la mejora de las condiciones de empleo y trabajo, la situación de los inmigrantes, las condiciones que afectan al desarrollo infantil, las desigualdades de género, o los problemas de vivienda y exclusión social, entre otros. También se requiere disponer de políticas fiscales que redistribuyan la riqueza de forma mucho más igualitaria, de políticas sociales que disminuyan drásticamente el desempleo, la precariedad laboral y la exclusión social y, también, de políticas que incrementen el acceso y calidad de la educación, la vivienda y los servicios

---

<sup>25</sup> Entrevista a Joan Benach y Carles Muntaner realizada por Salvador López Arnal para la revista digital *Rebelión*. En: <http://www.rebelion.org>



sanitarios entre quienes más lo necesitan. Sin embargo, dado que las desigualdades de la salud persisten incluso en aquellas sociedades que poseen la menor desigualdad de renta, la mejor educación pública y el más elevado nivel de salud pública y de servicios sanitarios, todo hace pensar que sin transformar la estructura económica y política a nivel nacional e internacional, es decir, las desigualdades de poder y de recursos económicos que atenazan al planeta, no parece que sea posible reducir las desigualdades en salud.

La reducción de la desigualdad en salud debería constituir una prioridad en la agenda política de cualquier gobierno y administración pública. Para lograrlo habrá que cambiar drásticamente muchas de las prioridades políticas y económicas actuales e, inevitablemente, hacer frente a los poderosos intereses que hoy generan la desigualdad social.

## La Red de Conocimiento de Condiciones de Empleo

Entre los factores más importantes que conforman la posición social se deben considerar las condiciones de trabajo y empleo. El trabajo es el medio de subsistencia de las personas. Las personas trabajan dentro o fuera de sus casas, con o sin contrato laboral y en condiciones saludables o peligrosas. Los factores relacionados con las condiciones de trabajo, es decir, las tareas y funciones que los trabajadores realizan en un determinado puesto de trabajo o bien los aspectos materiales del mismo, las condiciones físicas, químicas, biológicas y ergonómicas y los factores psicosociales, han recibido una gran atención y se reconocen como determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud. Sin embargo, no se puede decir lo mismo en el caso de las condiciones de empleo. Esto ocurre principalmente por la confusión entre los conceptos de trabajo y empleo. Para distinguir bien estos dos conceptos, se puede pensar en el siguiente ejemplo: dos personas pueden realizar el mismo trabajo en la misma empresa, compartir las mismas condiciones de trabajo, pero, no obstante, trabajar bajo distintas condiciones de empleo. El primer trabajador puede ser un empleado directo y permanente de la empresa, mientras que el segundo es un trabajador temporal contratado por un empleador externo. En este caso, existen tres diferencias potenciales en cuanto a las condiciones de empleo. Primero, el primer trabajador tiene un contrato permanente, mientras que el segundo tiene un contrato temporal o ningún tipo de contrato. Segundo, el primer trabajador puede estar cubierto por el sistema de la seguridad social, con derecho a baja laboral, subsidio de desempleo y cotización para la jubilación, mientras que el segundo recibe una

La desigualdad en salud es la principal “enfermedad” que asola nuestro planeta

cobertura parcial o nula. Finalmente, el primer trabajador puede formar parte de un sindicato, mientras que el segundo no tiene ninguna opción de ser representado o participar activamente en él.

Para tratar estos temas, a petición de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, se creó la Red de Conocimiento de Condiciones de Empleo (EMCONET, por sus siglas en inglés),<sup>26</sup> con el objetivo de ayudar a desarrollar modelos y medidas para esclarecer cómo diferentes condiciones de empleo y trabajo afectan a la salud de los trabajadores. En el informe, que se encuentra disponible en internet<sup>27</sup> y que en breve será publicado y actualizado en un libro, se ofrece una descripción global y el análisis de las condiciones de empleo y las desigualdades en salud. Además, se identifican políticas e intervenciones a nivel comunitario, efectivas para reducir dichas desigualdades.

El primer resultado de EMCONET se resume en un glosario donde se definen una serie de términos que ayudan a entender las diferentes condiciones de empleo y ejes de desigualdad. Como se comentó anteriormente, las condiciones de empleo se entienden como aquellas circunstancias en que la persona se ve envuelta en su trabajo u ocupación y que, normalmente, tienen que ver con el acuerdo o la relación entre empleado y empleador. En este sentido se consideran las siguientes condiciones de empleo: empleo estándar, permanente o a tiempo completo, desempleo, empleo precario, empleo informal, trabajo infantil y esclavitud. Se define también el término de empleo justo, que engloba una perspectiva de salud pública en la que las relaciones justas de empleo son un prerequisite para reducir la pobreza, mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud. Implica estar libre de coerción, seguridad del trabajo, salario justo, protección del trabajo y beneficios sociales, respeto y dignidad en el trabajo, participación en el trabajo, enriquecimiento y falta de alienación. Estos términos se analizan a través de los denominados ejes de desigualdad, que permiten hacer visible la desigualdad en cada una de las condiciones de empleo consideradas. Se consideran ejes de desigualdad el género, la edad, la etnia, el estado migratorio, la clase social y la localización geográfica.

Los niños trabajadores de Costa de Marfil, los desarmadores de barcos en el sur de Asia, las empleadas de las maquiladoras de Centroamérica o los pescadores del Lago Tanzania son algunos ejemplos de la situación de precariedad en la que viven y trabajan millones de personas en el mundo. Y las cifras que se derivan son realmente alarmantes. Por ejemplo, en la actualidad, 190 millones de personas (alrededor del 30% en los países en desarrollo

---

<sup>26</sup> Red de Conocimiento de Condiciones de Empleo.

En: [http://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/employment/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/employment/en/index.html)

<sup>27</sup> EMCONET, *Employment conditions and Health inequalities. Final Report to the WHO CSDH*, Organización Mundial de la Salud (OMS), Génova, 2007.

En: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/emconet\\_who\\_report.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf)

y del 4 al 12% en los países desarrollados) están desempleadas. Las mujeres, los jóvenes, los de menor educación y los trabajadores manuales son los que más probabilidades tienen de sufrir el desempleo. Por otro lado, alrededor de 550 millones de personas trabajan en situación de precariedad. Ésta se manifiesta en cifras extremadamente altas en los países subsaharianos. Por ejemplo, Sierra Leona, Liberia o Uganda presentan más del 80% de trabajadores en situación de precariedad. Por otro lado, se estima que el 25% de la población trabaja en situación de informalidad. La economía informal en países pobres afecta al 50-75% de los trabajadores, excluyendo aquellos que están empleados en la agricultura. Tampoco puede pasar desapercibido que 218 millones de niños en el mundo trabajan y 126 se ven envueltos en trabajos de riesgo. Alrededor de 2,5 millones se encuentran en países desarrollados, mientras que en países en vías de desarrollo el porcentaje de niños trabajadores oscila entre el 4% y el 67%. Igualmente alarmantes son los datos relacionados con distintas formas de trabajo esclavo o forzado que persisten en la actualidad: entre 12 y 28 millones de personas en el mundo trabajan en condiciones de esclavitud (alrededor de un 20% se relaciona con el tráfico de personas). Las mujeres y las niñas son las principales víctimas del trabajo esclavo (56%) y de la explotación sexual (98%).

Estas cifras reclaman acciones inmediatas para mejorar la vida de millones de personas. EMCONET recoge en su libro algunos ejemplos de intervenciones para mejorar las condiciones de empleo y reducir las desigualdades en salud, principalmente a nivel político. Se describen también algunas alternativas, como la creación de cooperativas en Venezuela, Argentina y Brasil. En este sentido es importante destacar la participación de los movimientos sociales.

## A modo de conclusión

La desigualdad social daña nuestra salud en forma desigual. Hemos visto cómo la desigualdad en salud es el resultado de la acumulación de efectos producidos por las condiciones políticas, económicas y sociales que afectan a la población.

Un determinante fundamental de la equidad de la salud es tener mayor justicia. Y para ello hace falta aumentar la igualdad social con un reparto equitativo de la riqueza y una redistribución igualitaria de los beneficios que favorezca a quienes menos tienen. No es posible reducir las desigualdades en

Un  
determinante  
fundamental  
de la equidad  
de la salud es  
tener mayor  
justicia

salud sin transformar la organización, la estructura sociopolítica y las desigualdades de poder que atenazan al planeta.

La actual globalización capitalista ha ensanchado las desigualdades sociales y de salud hasta extremos jamás conocidos en la historia. Hoy en día, se estima que entre un 10% y un 20% de la población mundial vive con un nivel material muy elevado y un gasto de recursos excesivo, para lo cual deben a la vez explotarse y protegerse de quienes no tienen o tienen muy poco. Un poder tan desigual beneficia o daña muy desigualmente la salud de las gentes, de modo que el bienestar y la salud de unos pocos se alimenta del sufrimiento y la mala salud de la mayoría. Detrás de la actual globalización neoliberal, lo que está en juego es la salud y el bienestar de las personas.

En el siglo XXI, es preciso un compromiso real, personal y colectivo con el derecho a la prevención de la enfermedad y a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los habitantes del planeta. Ello requerirá hacer frente a intereses muy poderosos, cambiar de forma drástica las prioridades sociales y económicas e incluso cambiar los sistemas políticos y económicos actuales. Nos va en ello la salud de todos.