

SOCIEDAD Y SALUD

PROYECTO EDITORIAL:
SOCILOGÍA

Coordinador:
Cristóbal Torres Albero



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

SOCIEDAD Y SALUD

Daniel La Parra Casado
Diana Gil González
Carmen Vives Cases



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Daniel La Parra Casado
Diana Gil González
Carmen Vives Cases

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-161-4
Depósito Legal: M-33.384-2021

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Prólogo	11
Introducción	13

PARTE I

Estructura social y salud

1. El estudio de la salud desde la perspectiva social	19
1.1. La diferencia entre las miradas individual y social de la salud	20
1.1.1. La necesidad de una mirada social	20
1.1.2. Instrumentos para observar lo social	23
1.2. De la mirada social a la explicación social	27
1.2.1. El estructural-funcionalismo	29
1.2.2. Marxismo y neomarxismo	31
1.2.3. El interaccionismo simbólico	32
1.2.4. Foucault como teórico crítico del conocimiento biomédico	34
1.3. Conclusiones	36
1.4. Actividad final	36
2. Esperanza de vida y desigualdad en salud	39
2.1. El incremento de la esperanza de vida	39
2.1.1. El desarrollo económico y social como factor impulsor de la esperanza de vida	41

2.1.2.	Los avances de la medicina y en las tecnologías sanitarias	44
2.1.3.	Factores psicosociales y de organización social	47
2.1.4.	Los frenos al crecimiento de la esperanza de vida ..	49
2.2.	Las desigualdades en salud	51
2.3.	Conclusiones	55
2.4.	Actividad final	56
3.	Factores sociales determinantes de la salud	57
3.1.	Los modelos explicativos sobre los factores sociales determinantes de la salud	58
3.1.1.	El modelo de Margaret Whitehead y Göran Dahlgren	58
3.1.2.	El modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud	60
3.1.3.	La teoría ecosocial	62
3.2.	El contexto socioeconómico y político en la explicación de la salud de la población	64
3.2.1.	Gobiernos, políticas, estado de bienestar y salud ..	65
3.2.2.	Influencia del poder económico en las políticas y la salud	66
3.2.3.	Cultura y salud	68
3.3.	Actuación sobre los contextos sociales que determinan la salud	69
3.4.	Conclusiones	72
3.5.	Actividad final	73
4.	Sistemas de salud	75
4.1.	Estados del bienestar, salud y desigualdades en salud	75
4.1.1.	Los estados de bienestar y sus políticas	76
4.1.2.	Modelos de sistemas de salud	78
4.2.	Políticas públicas para la reducción de las desigualdades: de las políticas sanitarias a la salud en todas las políticas	80
4.2.1.	Consenso internacional sobre las políticas para la reducción de las desigualdades en salud	80
4.2.2.	Políticas para la reducción de las desigualdades en Europa	82

4.2.3. Regímenes de las desigualdades sociales en salud ..	83
4.2.4. Sistemas informales de cuidados de salud	84
4.3. Las profesiones sanitarias	86
4.4. Conclusiones	93
4.5. Actividad final	94
5. Estratificación social y salud: género	97
5.1. Conceptos de género y patriarcado en relación con la salud ..	98
5.2. Principales explicaciones de las desigualdades de género en salud desde las teorías de género	100
5.2.1. La teoría de la interseccionalidad	101
5.2.2. La teoría biopsicosocial	103
5.2.3. La teoría relacional	105
5.3. Enfoque de género en la investigación y políticas	107
5.3.1. Sesgos de género en la investigación en salud	108
5.3.2. Desigualdades de género, políticas y salud	109
5.4. Conclusiones	112
5.5. Actividad final	113
6. Estratificación social y salud: clases sociales	115
6.1. El concepto de clase social	115
6.2. Las propuestas neomarxistas sobre la clase social	118
6.3. La concepción neoweberiana de la estratificación social	121
6.4. La concepción neodurkheimiana de clase social	125
6.5. Las propuestas funcionalistas sobre la estratificación social ..	126
6.6. La clase social en Bourdieu	129
6.7. Conclusiones	132
6.8. Actividad final	133
7. Estratificación social y salud: etnia y poblaciones migradas	135
7.1. Los conceptos de etnia y raza y su uso en las estadísticas de salud	135
7.2. La sociología de la salud y la etnia	141
7.3. El fenómeno de la migración y la salud	147
7.4. Conclusiones	153
7.5. Actividad final	154

PARTE II
Cambio social y salud

8. Estilos de vida y salud	157
8.1. Agencia y estructura en la explicación de los estilos de vida ..	157
8.2. La epidemia de tabaquismo	163
8.3. El estudio social de la obesidad	170
8.4. Conclusiones	174
8.5. Actividad final	174
9. La medicalización de la sociedad	175
9.1. El proceso de medicalización	176
9.1.1. Definición de medicalización	177
9.1.2. Diferentes visiones de la medicalización	179
9.2. Medicina y sociedad contemporánea	182
9.3. Medicalización y sociedades futuras	187
9.4. Conclusiones	191
9.5. Actividad final	191
10. Innovación social y salud	193
10.1. El concepto de innovación social en salud	193
10.2. La innovación social en los Objetivos de Desarrollo Sostenible	197
10.3. Innovación social: el caso de la violencia de género	205
10.3.1. Reconocimiento social de la violencia de género como problema	205
10.3.2. Cambios en la percepción social de los hombres so- bre el tema	209
10.4. Conclusiones	209
10.5. Actividad final	210
11. Sociedades más diversas	211
11.1. Concepto de diversidad social e impacto en la salud	211
11.1.1. Entre la discriminación y el reconocimiento de la diversidad en las sociedades contemporáneas	212
11.1.2. Expresiones emergentes de diversidad social	213
11.2. Formas de discriminación individual y sistémica, y su impacto en la salud	217

11.3. Políticas de atención a la diversidad y de inclusión social	221
11.3.1. Las competencias interculturales	222
11.3.2. Propuestas participativas	224
11.3.3. Políticas de inclusión	226
11.4. Conclusiones	230
11.5. Actividad final	230
12. Sociedad global y salud	231
12.1. Un sistema mundial desigual: recorrido histórico a través de la idea de desarrollo	231
12.2. La salud global en la sociedad contemporánea	239
12.2.1. Enfoque y actores de la salud global	240
12.2.2. Los determinantes corporativos de la salud	243
12.2.3. El papel de la industria farmacéutica ante los problemas de salud global	244
12.3. La crisis ecosistémica	246
12.4. Conclusiones	248
12.5. Actividad final	249
Bibliografía	251

Esperanza de vida y desigualdad en salud

Las personas que nacen hoy en día pueden esperar tener una vida varias décadas más larga que las que nacían hace un siglo. Esta es probablemente una de las mayores transformaciones sociales que hemos vivido los seres humanos en el último siglo. El espectacular avance en el control de la mortalidad, sobre todo en las edades iniciales de la vida, pero también en las edades más avanzadas, es la principal causa de esta revolución social con consecuencias de todo tipo, desde el alto crecimiento poblacional hasta un cambio cultural a la hora de concebir las edades de la vida (la aparición de nuevas etapas de la vida, como la juventud). La esperanza de vida ha aumentado de forma prácticamente constante, con solo algunas caídas puntuales, a lo largo de más de cien años en todo el planeta. Las razones de esta transformación se pueden buscar en diferentes causas, casi todas ellas directamente relacionadas con importantes cambios sociales que se irán explicando en este capítulo. Al mismo tiempo, este avance no ha sido homogéneo en todos los países y dentro de cada uno de estos, lo que da lugar a importantes formas de desigualdad en salud.

2.1. El incremento de la esperanza de vida

La esperanza de vida es un indicador estadístico que sintetiza en una única cifra información sobre el comportamiento de la mortalidad en los diferentes grupos de edad de una determinada población. También se podría denominar a este indicador el tiempo promedio restante de vida desde la edad a la que se calcula, por ejemplo, al nacer o a los 65 años (para una explicación más concreta de este indicador, véase el cuadro 2.1).

CUADRO 2.1. *El cálculo de la esperanza de vida*

Se calcula a partir de la elaboración de la conocida como tabla de mortalidad (o tabla de vida, *life table*). En ella se recoge la información para cada grupo de edad y sexo del número de personas fallecidas en esa edad en relación con la población contabilizada con esa misma edad, esto es, las tasas de mortalidad específicas por edad. A partir de esta información, se puede estimar la probabilidad de defunción en cada intervalo de edad y, por tanto, el número de años vividos por término medio por las personas que estaban vivas al principio de ese tramo de edad.

El resultado de todo ello permite calcular la esperanza de vida que se puede interpretar como el promedio de años que es esperable que viva la población de una determinada edad si a lo largo de su vida las tasas de mortalidad que enfrentase fueran exactamente iguales a las que se han calculado en el momento que se construyó la tabla de mortalidad.

Por supuesto, esto no suele cumplirse, ya que en los años siguientes se pueden dar acontecimientos de toda clase que transformen dichas tasas de mortalidad. La tendencia generalizada en la mayoría de los países ha sido, de hecho, la reducción de dichas tasas, aunque se pueden observar caídas por razones epidémicas (como la gripe de 1918, el VIH/SIDA o la COVID-19) o relacionadas con guerras, genocidios y procesos prolongados de transformación social (la desestructuración del bloque soviético y su transición hacia economías de libre mercado).

En algo más de un siglo, en países como España, se ha pasado de una esperanza de vida al nacer cercana a los 35 años en 1900 (Robles González *et al.*, 1996) a los actuales 81 años en hombres y 86 años en mujeres, según los datos del Instituto Nacional de Estadística para 2019, esto es, se ha producido un incremento en la esperanza de vida de más de 45 años en apenas 120. Lo interesante es que este crecimiento se sigue dando en la actualidad, de manera que las mujeres de 2019 tienen una expectativa de vida cinco años y medio mayor que las de 1991 y los hombres de siete años y medio más. En este proceso histórico solo se han producido caídas en la esperanza de vida por dos tipos de fenómenos: epidemias y guerras (figura 2.1). En España, la gripe de 1918 y 1919 produjo un incremento de la mortalidad infantil de casi treinta puntos con respecto a la de 1917 (Robles González *et al.*, 1996); la guerra civil española y su posguerra generaron también incrementos de la mortalidad entre 1936 y 1942; y, finalmente, la COVID-19 en 2020, para la que en el momento de la escritura de este manual (en 2021) ya existen datos provisionales por parte del Instituto Nacional de Estadística que indican que en 2020 las defunciones aumentaron un 17,7 % con respecto a 2019 y la esperanza de vida se redujo 1,26 años en hombres y 1,15 años en mujeres (INE, 2021).

Como se observa, guerras y epidemias son las principales causas de las caídas observadas, pero ¿qué explicaría la tendencia de fondo al incremento de la expectativa de vida? Antes de explicar dichos procesos, es interesante preguntarse sobre los

límites biológicos de la vida. En este sentido, resulta difícil indicar quién ha sido el ser humano que ha alcanzado una mayor edad. Uno de los casos mejor documentados (este es un campo proclive a la exageración periodística) fue el de Jeanne Louise Calment, que falleció a los 122 años en 1997 en Francia. Si bien es posible que alguna persona haya vivido más de estos años, sitúa el límite de la vida en unas pocas décadas después de la edad centenaria. Entre los 35 años que se vivía como promedio en 1900 y estas cifras existe un amplio rango, pero cada vez es mayor la proporción de personas que se acercan más al límite máximo. A continuación, se incluyen algunos de los principales marcos interpretativos propuestos para explicar esto a partir de los procesos de desarrollo económico y social, los avances médicos y los factores de tipo psicosocial.

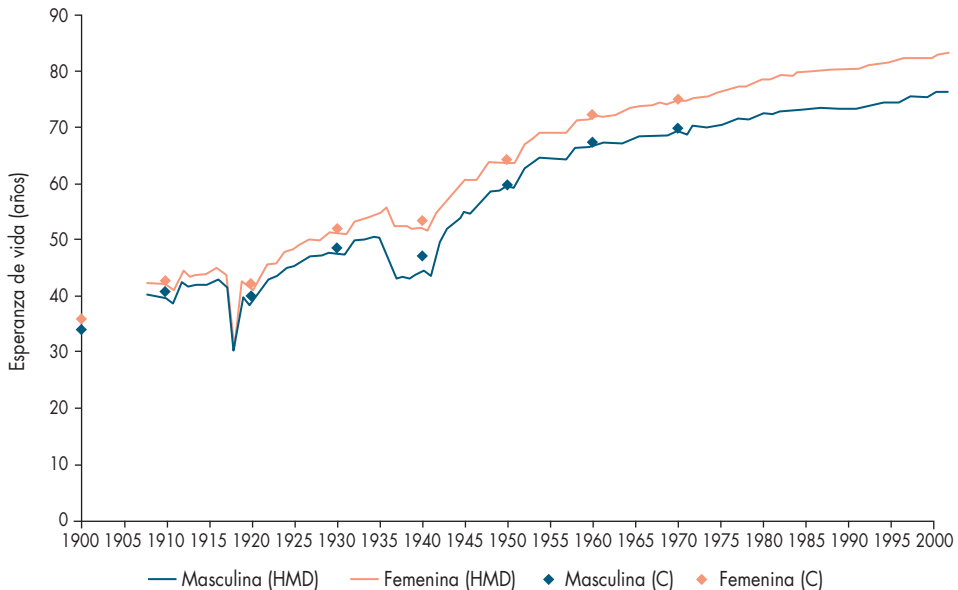


Figura 2.1. Evolución de la esperanza de vida en España. Los valores HMD provienen de la *Human mortality database* y los C de Carreras (1989) y Carreras y Tafunell (2003), en Guijarro y Peláez, 2008. Reproducción del original con permiso de sus autores.

2.1.1. El desarrollo económico y social como factor impulsor de la esperanza de vida

El paso de las sociedades agrícolas a las sociedades industriales implicó una transformación en múltiples campos de la vida material y de la organización social. Uno

de los cambios más destacados de la industrialización fue la mejora de los medios de transporte a partir de tecnologías como el tren o el barco y las carreteras (al principio para carretas y otros medios con tracción muscular, incluidas las bicicletas, después para vehículos motorizados). Este cambio permitió, entre otras cosas, el transporte a gran escala, incluso planetaria, de toda clase de productos de alimentación, en especial de cereales. Dicho fenómeno facilitó garantizar niveles nutricionales básicos y, progresivamente, eliminar los grandes episodios de hambrunas. Aunque tanto en el siglo xx como en el siglo xxi se han registrado algunos periodos de hambre, estos han sido menos frecuentes que en los siglos anteriores y más localizados. Esta mejora de la alimentación de la población fue un factor clave en el aumento de la resistencia a distintas formas de enfermedad. En primer lugar, porque la desnutrición en sí misma puede llegar a producir la muerte. Pero también por el efecto de la mejora en la nutrición en el sistema inmunológico, lo que redujo el impacto de las enfermedades transmisibles, incluso antes de que se contase con medicamentos para su prevención (como vacunas o antibióticos, según los casos). Este factor es destacable, pues se observa una mejora en la resistencia a enfermedades transmisibles incluso en el contexto de una mayor exposición a las mismas por el mayor contacto físico que implicaba la densidad de la vida urbana. Se ha de considerar que la mala nutrición en lactantes y menores era una de las principales causas de fallecimiento en estas edades. McKeown estimó que hasta el siglo xviii alrededor de siete de cada diez personas morían antes de alcanzar la madurez, por causas como la gastroenteritis, la neumonía y la desnutrición (McKeown, 1976), si bien los trabajos de historia demográfica han revisado gran parte del análisis de McKeown, encontrando importantes matizaciones con respecto a las causas de muerte y en los volúmenes de mortalidad (Colgrove, 2002; Bynum, 2008).

Ya en el siglo xx, las mejoras en la mortalidad infantil fueron uno de los motores principales del incremento de la esperanza de vida, al menos durante las primeras décadas del siglo. En cualquier caso, una característica de las sociedades contemporáneas ha sido la mejora de la seguridad alimentaria de las poblaciones. De hecho, una de las últimas hambrunas importantes en términos de mortalidad en Europa fue la de Irlanda en la década de 1840 debido a una sucesión de malas cosechas de patatas. Tras ella, aunque ha habido periodos importantes de escasez, sobre todo durante y después de los periodos bélicos o bajo gobiernos dictatoriales, no se han vuelto a producir episodios tan extremos, con excepciones notables como el Holodomor en Ucrania en 1932-1933, bajo la dominación de Stalin. La tendencia a la atenuación de estas hambrunas se puede explicar por la posibilidad de compensar malas cosechas en un determinado periodo y territorio con el transporte eficaz de alimentos por tierra o mar. Amartya Sen (1990), que estudió los episodios de hambre del siglo xx en Asia y África, llegó a la conclusión de que cuando estos episodios se producían ya no estaban vinculados a crisis de producción agrícola (pues

se podían producir incluso en el caso de superávit agrícola), sino a la ausencia de mecanismos democráticos (en especial, la libertad de prensa) en las sociedades que las padecían.

Pese a la insistencia de McKeown (1976) en la nutrición como principal motor de cambio en las pautas de mortalidad, sus críticos han apuntado otros cambios notables, como la mejora en los suministros de agua potable y en la recogida de aguas sucias mediante el alcantarillado, complementado por los sistemas de recogida de basuras. Este avance en las condiciones higiénicas de vida, con la ayuda de otros bienes materiales, como el acceso al jabón, contribuyeron a reducir múltiples formas de enfermedades transmisibles que habían azotado a las poblaciones mundiales desde que se empezó a vivir de forma sedentaria.

La vida urbana, en contraste con la vida en pequeños grupos nómadas, supuso un incremento del impacto de las enfermedades transmisibles. Los grupos nómadas del paleolítico, por su reducido tamaño y dispersión geográfica, no contaban con suficiente masa poblacional y contacto entre poblaciones como para mantener reservorios de los principales virus entre estaciones. Sin embargo, con el inicio de la agricultura y el sedentarismo, durante más de 10 000 años la especie humana estuvo expuesta a enfermedades prevenibles con medidas higiénicas. La conformación de espacios urbanos y la mayor densidad poblacional, además de las mejoras en la movilidad, supusieron a lo largo de la historia de la humanidad que las poblaciones fueran padeciendo distintas epidemias que fueron emergiendo progresivamente y extendiéndose más tarde por el mundo mediante la expansión colonial. Así, en el siglo XIX la epidemia de cólera ya tuvo un comportamiento global, como después lo han tenido otras enfermedades como el VIH/SIDA, las diferentes gripes o, más recientemente, la COVID-19.

Adicionalmente, a lo largo de las últimas décadas se han producido otras mejoras en términos de desarrollo material y social que han contribuido al control de las enfermedades transmisibles, aunque con carácter desigual, según países y grupos sociales, como son la mejora de la educación, que permitió entre otras cosas una mejora en el conocimiento poblacional sobre la salud (medidas higiénicas, prevención de accidentes), la reducción del hacinamiento (por las mejoras en la construcción y la progresiva reducción del tamaño familiar), la mejor conservación de alimentos (por las técnicas de envasado y la introducción de la refrigeración eléctrica), las técnicas de cocinado y preparación de los alimentos, la introducción de productos de limpieza con capacidad desinfectante en los hogares (pero también en otros espacios, por ejemplo, los hospitales), la mejor calidad de las viviendas (que protegen de aspectos como las humedades o las condiciones climáticas), la limpieza de calles y los sistemas de recogida de basuras, las redes de protección social (como los seguros de desempleo y las pensiones de jubilación para las personas retiradas), la mejora de las condiciones de trabajo (como, la limitación de la duración de la jornada de trabajo o los permisos de maternidad), el

control de plagas urbanas (como las de ratas, mosquitos o pulgas), la adopción de sistemas de gobierno democráticos y descentralizados que han estado más cercanos a las necesidades de la ciudadanía (desde la prevención de las hambrunas, como señalaba Sen, hasta el desarrollo de servicios locales, como los parques y lugares para la práctica deportiva), entre otros aportes derivados del nuevo marco productivo y distributivo de las sociedades modernas.

Aunque no existe una correspondencia plena entre estas formas de desarrollo social y el crecimiento económico, como Amartya Sen y otros pensadores dentro del paradigma del desarrollo humano han apuntado, lo incluido en el párrafo anterior se suele sintetizar explicando que existe una correlación positiva entre crecimiento económico y mejora de la esperanza de vida. La falta de correspondencia plena entre crecimiento económico y desarrollo social se explica dentro del paradigma del desarrollo humano por el papel de mediación de las medidas políticas que se adopten. De acuerdo con esta perspectiva, si estas medidas se orientan a producir cambios en términos de bienestar material y en la organización social que se traduzcan en mejoras de las condiciones de vida del conjunto de la población, se producirán incrementos notables de la esperanza de vida. Sin embargo, es posible que los beneficios del crecimiento económico se concentren en un grupo reducido de la población, esto es, que se distribuyan de forma muy desigual entre los diferentes grupos sociales (según género, etnia, clase social y otras formas de estratificación social) y que eso impida que se produzcan mejoras relevantes de la esperanza de vida.

2.1.2. *Los avances de la medicina y en las tecnologías sanitarias*

En el apartado anterior no se ha nombrado el papel que han tenido los avances médicos en la mejora de la salud de la población. Se hace así por dos motivos: uno, para explicarlos de manera específica en este apartado; dos, para indicar que una gran parte del avance en la esperanza de vida fue independiente de los progresos de la medicina y se produjo directamente por las mejoras en las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, tal y como recuerda la Organización Mundial de la Salud. Si vivimos más en el último siglo no solo es porque al enfermar podamos recibir mejor asistencia médica, sino también y sobre todo porque las mejores condiciones de vida hacen que enfermemos menos y que lo hagamos por enfermedades con menos impacto inmediato en la mortalidad (la llamada transición epidemiológica en la que las enfermedades de tipo infeccioso son sustituidas por enfermedades no transmisibles o crónicas como principal causa de muerte). Este doble argumento no debe servir para minimizar el papel del avance de la medicina (Zheng y George, 2018), sino para ponerlo en el contexto de la gran transformación social en la que se ha producido el mismo.

A principios del siglo xx, las principales enfermedades que causaban mortalidad eran las de tipo transmisible. Enfermedades como la tuberculosis, difteria, tétanos, sarampión, tos ferina, viruela, la gripe, polio, paperas, rubeola o fiebres tifoideas se encontraban entre las principales causas de discapacidad y muerte (Andre *et al.*, 2008). El progresivo avance en el desarrollo de vacunas para estas enfermedades fue uno de los mecanismos para la reducción de su impacto, junto con otros factores (antibióticos y otros medicamentos, además de los cambios en la nutrición, higiene y condiciones de vida explicados en el apartado anterior) (Rappuoli *et al.*, 2014). Como consecuencia, hoy en día las principales causas de mortalidad se relacionan con enfermedades cerebrovasculares, cardíacas y oncológicas, además de la diabetes, si bien en determinados grupos de edad y en algunas estaciones y contextos geográficos pueden seguir teniendo importancia causas como la neumonía. De 1974 a 1988 el Programa de Inmunización de la Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) estimó que el nivel de vacunación completa en la infancia había pasado de menos de un 5 % a más de un 50 % de la población infantil (Keja *et al.*, 1988). De igual modo, en países como España también se han producido importantes adelantos en la vacunación en edades avanzadas para prevenir enfermedades como la gripe, lo que también ha permitido mejorar la esperanza de vida en personas mayores.

Se ha de hacer notar que, en el caso de las vacunas, existe una importante distancia entre el momento de su descubrimiento y aprobación y su extensión generalizada. De hecho, aunque potencialmente habría varias enfermedades erradicables mediante la vacunación, solo la viruela ha podido ser erradicada por este medio (en 1979). En el año 2020 se han producido importantes avances para la eliminación de la polio, si bien todavía se detectan casos de algunas de sus variantes. Para el resto de enfermedades resulta clave, además de que no exista un reservorio extrahumano (que otras especies puedan actuar como reservorio), contar con altos niveles de vacunación poblacional globalmente, durante un periodo largo, y con sistemas adecuados de vigilancia, es decir, tan importante es contar con la vacuna como con un sistema de salud capaz de poder aplicarla en las condiciones necesarias, lo que no está garantizado en muchos países del mundo debido a la falta de cobertura universal de salud y de los correspondientes desarrollos de los servicios.

En definitiva, no es suficiente con la innovación en tecnologías sanitarias, sino que también es necesaria la innovación en la prestación de servicios para llegar a cubrir a toda la población. Esto se pudo comprobar de nuevo el caso del VIH/SIDA, enfermedad de la que ha fallecido más población una vez que se contaba con un tratamiento médico eficaz (figura 2.2) y, quizá, podría ocurrir lo mismo con la COVID-19, dado que podrían producirse más muertes por esta causa después de haberse descubierto varias vacunas eficaces para su prevención. En el caso del VIH/SIDA, la falta de acceso a dichos tratamientos ha llegado a suponer caídas en la esperanza de vida para varios países de África.

Para ajustar las tres medidas en la misma visualización, el número total de personas que viven con el VIH se ha dividido por diez (es decir, en 2017 había 37 millones de personas que vivían con el VIH)

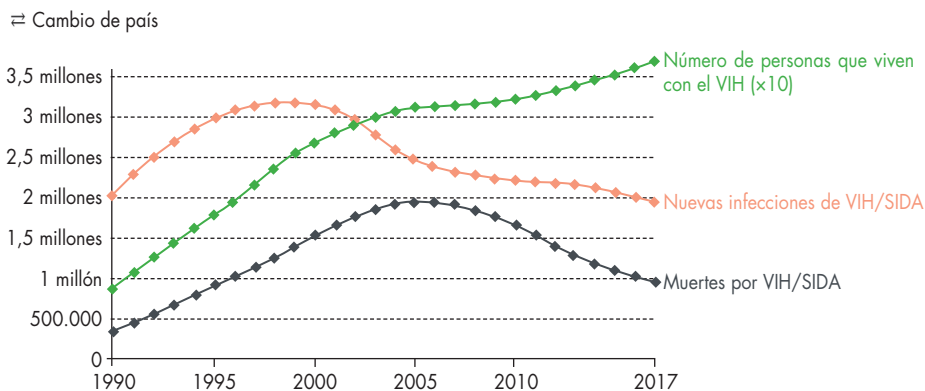


Figura 2.2. Número de casos nuevos y fallecimientos por VIH/SIDA de 1990 a 2017.
Fuente: OurWorldIndata.org, 2021.

Otro motivo de mejora de la esperanza de vida ha sido la progresiva reducción de la mortalidad infantil y materna. Los fallecimientos en las primeras etapas de la vida o de la madre durante el embarazo y parto tienen un impacto amplio en la esperanza de vida, al producirse en personas de poca edad. Gran parte del avance en la mejora de los indicadores de esperanza de vida alrededor del mundo se debe a esta reducción, hasta llegar a niveles tan bajos que, en la actualidad, en los países con mejores expectativas de vida, las mejoras en la esperanza de vida se relacionan más con mejoras en las edades avanzadas que entre menores y jóvenes. En este proceso de reducción de la mortalidad fue clave, además de la mejora en la vacunación ya mencionada, la mejora en las medidas higiénicas en los hogares (relacionadas con la preparación de la comida y la prevención de infecciones), la mejora de la nutrición (de las madres y, por tanto, de los lactantes, pero también de los menores), la reducción de accidentes, la progresiva introducción de antibióticos y la mejora del seguimiento y asistencia del embarazo y parto. Como se observa, algunos de estos aspectos dependen mucho del modo en el que se organiza el sistema de salud y de hasta qué punto se llega a dar cobertura al conjunto de la población.

Finalmente, las mejoras más recientes en la esperanza de vida relacionadas con la asistencia médica se pueden ubicar en la mejor atención médica durante la edad adulta y en las edades avanzadas. Una primera razón por la que ha mejorado la salud en la edad adulta ha sido la propia mejora de la salud de la población infantil, esto es, la posibilidad de haber crecido menos expuestos a enfermedades infecciosas y mejor

nutridos tendría un efecto positivo en la salud durante el resto del ciclo de vida. De igual modo, la población adulta participó de las mejoras en las condiciones de vida que se han apuntado. También ha resultado importante la mejora de los niveles de cobertura en salud y la universalización del sistema de salud en algunos países del mundo, que coinciden con ser los que mayores esperanzas de vida logran. De hecho, en la evaluación de la calidad de los sistemas de salud se usa el concepto de mortalidad clínica o sanitariamente evitable para describir aquellas causas de fallecimiento que no se producirían si la persona tiene acceso a los cuidados de salud necesarios. Un caso paradigmático en esta categoría sería la apendicitis, pues si se diagnóstica e interviene a tiempo, se evitan complicaciones posteriores.

El fenómeno de la mejora de la esperanza de vida en las edades adultas ha tendido a minimizarse dado el importante papel que tuvo la caída de la mortalidad infantil en el aumento de la esperanza de vida, sin embargo, el aumento de la esperanza de vida que se observa durante más de un siglo se está produciendo en todas las edades. Como apunta García González (2014), con datos para España, en la década de los 2000 la contribución de la mortalidad de las personas mayores de 60 años a la mejora del indicador de la esperanza de vida supera el 50 % tanto en hombres (53 %) como en mujeres (77 %). Así el riesgo de probabilidad de muerte a partir de los 90 años se ha reducido en un 39 % tanto en hombres como en mujeres de 1970 a 2009.

Puesto que en la población de más de 60 años las principales causas de fallecimiento han pasado a ser las enfermedades no transmisibles, la mejora se explica principalmente por reducciones en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, siendo mucho menor la contribución de las causas oncológicas, respiratorias y digestivas que, de todos modos, también experimentan mejorías. Dentro de las causas de tipo cardiovascular cabe distinguir entre las enfermedades cerebrovasculares y cardiopatías isquémicas, siendo las primeras las que han descendido de forma más relevante y sostenida en las últimas décadas, lo que se ha relacionado con las mejoras en el control y seguimiento de la hipertensión. Todos estos resultados apuntan a la existencia de un tipo de causa fundamental que incide positivamente en todos los indicadores, que bien pudiera ser la mejora generalizada de las condiciones de vida en esta etapa de la vida o a lo largo de todo el ciclo de vida. Al mismo tiempo, las diferencias de comportamiento entre los distintos tipos de causas de muerte sugieren un papel relevante de las mejoras clínicas en algunas especialidades médicas.

2.1.3. Factores psicosociales y de organización social

El sociólogo de la población John R. Weeks (1981) revisó la literatura disponible sobre poblaciones longevas, como los habitantes de Vilcabamba en Ecuador o los abjasianos del Cáucaso, entre los que se encuentran importantes porcentajes de perso-

nas centenarias. En la mayoría de estas investigaciones, muchas desarrolladas desde la aproximación antropológica, se apuntaban aspectos tales como la predictibilidad y uniformidad del comportamiento individual y grupal, la ausencia de rupturas en la actividad vital, la alta integración social o los bajos niveles de miedo y ansiedad, entre otros, como factores que conducían a una vida larga y saludable.

Una aproximación similar, pero referida a las sociedades más industrializadas del mundo, se encuentra en los trabajos de autores como Wilkinson (2005), Marmot (1991 y 2015), Kawachi y Kennedy (1997) o Baum *et al.* (2021), quienes, al observar el comportamiento de la esperanza de vida en países de alta renta, encuentran que las diferencias entre unos y otros países se puede explicar por la mayor o menor desigualdad en el ingreso. La explicación del efecto de la desigualdad en la esperanza de vida se relaciona con importantes matices entre las obras citadas, con aspectos que van desde el efecto directo de las desigualdades de tipo material al efecto añadido de factores psicosociales. Por lo que respecta a este último tipo de factor, las desigualdades sociales afectarían a la calidad de las relaciones interpersonales, y estas están relacionadas con el grado de estrés. Se explica que las jerarquías y formas de estratificación social propias de las sociedades con desigualdad en el ingreso generarían mayor violencia, inseguridad, desconfianza y una disminución de la cohesión social. En un espacio social con estos componentes, aumentan las situaciones de estrés, que se convierte en crónico, en especial para las personas en las posiciones sociales subordinadas o desfavorecidas, que estarían expuestas a mayor inseguridad en el empleo, financiera y a distintas formas de discriminación directa e indirecta, según sus características (clacismo, aporofobia, racismo, xenofobia, heterofobia, sexismo, etc.). Esta mayor propensión quedaría reforzada, a su vez, por la falta de recursos para afrontarlo, el bajo control sobre el trabajo y las decisiones que afectan a su vida o la falta de apoyo emocional. Dicho estrés crónico produciría efectos graves y directos sobre el organismo: sistema cardiovascular, endocrino, inmunológico, provocando una mayor vulnerabilidad y menor capacidad de recuperación (Hemingway y Marmot, 1998; Elstad, 1998).

Por el contrario, en las sociedades igualitarias, tal y como señala, Wilkinson (2005), se produce un círculo virtuoso que favorece el incremento de la esperanza de vida a través de los mecanismos de cohesión social, la reducción del estrés, la menor ansiedad por estatus y la activación de mecanismos de amistad, apoyo, reciprocidad, mutualidad y reconocimiento que protegen la salud de toda la sociedad, es decir, por mecanismos parecidos a los descritos en Vilcabamba o para los adjasianos.

Los trabajos sobre las causas últimas de la mayor esperanza de vida en determinados países han respondido también a otro tipo de enfoques. En la investigación de Johan P. Mackenbach *et al.* (2013) han estudiado elementos como la relación entre los procesos de democratización e incremento de esperanza de vida, encontrando efectos diferenciados para la democratización de países como Portugal, Grecia o España en los años setenta y los países del antiguo bloque soviético en los años noventa. Especial

atención merece el caso de Rusia en los años noventa cuando experimentó caídas en su esperanza de vida fuertes (más de cinco años entre 1990 y 1994) por una mezcla de factores relacionados con las grandes transformaciones sociales que implicó el cambio de régimen soviético a la economía de mercado: desorganización del sistema de salud, incremento del consumo de tabaco y el alcoholismo, depresión, empeoramiento en la nutrición, inestabilidad política y social (Notzon *et al.*, 1998). Como expone la demógrafa social Yuka Minagawa (2013), el concepto de “anomía”, referido a la desorganización social por la desaparición de la forma de organización social previa (en la visión de Durkheim, 1893) o por un mal funcionamiento de las instituciones sociales (en la aportación de Merton, 1938), son aplicables al caso ruso. De acuerdo con esto, la explicación de la caída de la esperanza de vida se relacionaría con procesos de desorganización social que implicaron varios elementos negativos simultáneos, como el incremento de la corrupción, el aumento de la desigualdad económica, la ausencia de libertad de prensa, mayores niveles de violencia y criminalidad o la inoperatividad de los servicios públicos.

2.1.4. *Los frenos al crecimiento de la esperanza de vida*

Si bien el último siglo o siglo y medio, según países y grupos sociales, se ha caracterizado por un gran incremento de la esperanza de vida, ha habido importantes frenos que han actuado como factor limitante para alcanzar la esperanza de vida potencial de la población. Se ha apuntado ya el efecto de las pandemias o de los periodos bélicos como frenos al incremento de la esperanza de vida, pero también han existido otros lastres de gran relevancia.

El siglo xx fue también el origen de toda una serie de pautas perjudiciales para la salud, que se han extendido poblacionalmente hasta alcanzar porcentajes muy significativos de la población en la actualidad. Entre los fenómenos más destacados se ha de señalar:

1. El incremento en el consumo de tabaco, primero en hombres y después en mujeres.
2. La mayor disponibilidad de alcohol.
3. La tendencia al sedentarismo por la influencia de nuevas tecnologías, como la motorización de la movilidad o el uso de pantallas para el ocio y el trabajo.
4. La creciente oferta de productos alimentarios procesados, así como los de alto contenido en azúcares, sales o grasas.
5. El incremento en los niveles de contaminación, en especial la atmosférica en el ámbito urbano.
6. El insuficiente desarrollo de sistemas de salud con cobertura universal, de políticas de salud pública dirigidas a la protección de la población o de in-

investigación médica para atender las formas de enfermedad más prevalentes en los países con bajos recursos económicos o en aquellos que no distribuyen con criterios de equidad sus recursos sanitarios.

En el último punto cabe señalar que algunas de las principales causas de fallecimiento en los países de bajos recursos económicos, tales como la malaria, la tuberculosis, el SIDA o las enfermedades diarreicas, cuentan con tratamientos que consiguen una gran eficacia, según los casos, en la eliminación de la enfermedad, de sus síntomas o de su transmisión y, por tanto, de la mortalidad.

En conjunto, estos factores han limitado las mejoras en la esperanza de vida por diferentes vías, por ejemplo, el sedentarismo junto con la alta disponibilidad de productos procesados o dulces ha aumentado de forma considerable y creciente el porcentaje de personas con sobrepeso, obesidad, hipertensión o diabetes. Todos ellos actúan como factores de riesgo cuando se presentan otras enfermedades. Durante la pandemia de la COVID-19, todos estos factores han reducido la probabilidad de supervivencia entre las personas que han desarrollado la enfermedad, de ahí que para hablar de la crisis de la COVID-19, autoras como Clare Bamba *et al.* (2020) empleen el término “sindemia” en lugar de “pandemia”, con el fin de describir los procesos sinérgicos por los que una pandemia como la de la COVID-19 incrementa su impacto al interactuar con problemas de comorbilidad como los apuntados, que además están distribuidos de un modo desigual debido a las diferentes condiciones de vida de las poblaciones. El término se había empleado con anterioridad para referirse a otras sindemias, como la del VIH/SIDA.

Entre las causas motrices que explican la mayor presencia de estos factores de riesgo en las sociedades contemporáneas, hay que mencionar procesos sociales como la expansión de la motorización debida principalmente a la introducción de combustibles fósiles y de la electricidad; las estrategias de marketing y publicidad, entre otras, de las industrias del tabaco, alcohol, alimentación y del automóvil; o el carácter limitado de las medidas para el control de la contaminación atmosférica en las ciudades (de hecho, todavía es frecuente observar ciudades que realizan todo tipo de inversiones para promover el uso del vehículo privado a motor en la ciudad, desde la construcción de infraestructuras viarias hasta aparcamientos, pasando por la semaforización preferente). De igual modo, se ha de señalar la relevancia de los sistemas políticos por su responsabilidad en la regularización de tales procesos o para diseñar sistemas de mitigación de daños (como el desarrollo de sistemas de salud universales).

Para completar la lista de frenos al incremento de la esperanza de vida en la población, habría que incluir un factor principal que todavía no se ha nombrado. Como se ha indicado, la esperanza de vida es un promedio y, como es bien conocido, las medias son una medida de tendencia central cuyo cálculo está muy afectado por los valores extremos. En el caso de la mortalidad, encontramos que existen diferencias

muy acusadas en los niveles de mortalidad (y también de esperanza de vida), según el nivel socioeconómico, lo que explicaría que determinadas sociedades más igualitarias consigan mejores resultados en esperanza de vida que otras con altos niveles de desigualdad social (Tan, 2020). Así, pese a que los Estados Unidos de América son la gran potencia económica mundial, su esperanza de vida es relativamente modesta (78,9 años), esto es, una esperanza de vida similar a la de Polonia, Panamá, Cuba o Albania. Por su parte, países como Noruega, Corea, Suecia, España, Italia o Japón superan los 83 años y llegan hasta los 85 años. Uno de los principales motivos del bajo grado de logro de los Estados Unidos en este indicador se relaciona con la existencia de grandes diferencias en la esperanza de vida entre grupos definidos racial o étnicamente, pero también por la marcada distancia entre grupos por su nivel de renta, educación, tipo de ocupación u otros indicadores para aproximar la clase social (Wrigley-Field, 2020).

2.2. Las desigualdades en salud

Pese al formidable aumento en la esperanza de vida, las sociedades humanas no han tendido a la convergencia en el estado de salud, por lo que se pueden observar todo tipo de diferencias, incluidas importantes distancias en la esperanza de vida según el barrio en el que se reside, el nivel educativo, el quintil de renta del hogar, el grupo étnico de adscripción u otras características que definan categorías de estratificación social.

El término “inequidad en salud” frente al de “diferencia en salud” tiene un importante matiz que ha de ser explicado. Margaret Whitehead (1992) propuso emplear el término “inequidad en salud” (*health inequities*) para referirse a las diferencias en salud que son innecesarias, evitables e injustas. Muchas veces, no sin cierta polémica terminológica en la que no vamos a entrar, en España se usa la expresión “desigualdades en salud” como equivalente a “inequidad en salud”, dejando el término “diferencia en salud” para aquellas distancias en los indicadores que se consideran inevitables, necesarias o justas. Un ejemplo de desigualdad o inequidad en salud sería que una persona recién nacida no recibiera un tratamiento debido al nivel adquisitivo de sus padres, mientras que un ejemplo de diferencia sería la distancia que se encuentra en el estado de salud entre jóvenes y personas mayores debido al proceso de envejecimiento. Por supuesto, existen ciertas zonas intermedias donde no siempre se coincidirá en calificar una determinada situación como de inequidad en salud, dado que a la hora de definir lo justo pueden variar los juicios de valor, como también puede haber discrepancias a la hora de considerar qué es evitable.

En una segunda publicación sobre las desigualdades en salud (*health inequities*), Whitehead y Dalhgren (2007) las definieron como aquellas diferencias que son sis-

témicas, producidas socialmente (y, por tanto, modificables) e injustas. El primer término, “sistémico”, hace referencia a que presentan pautas consistentes en la población (que tienen estructura). Por ello, el concepto de “estructura social”, uno de los conceptos sociológicos básicos, resulta clave para entender las diferentes formas de desigualdad en salud. El término, aunque tiene diferentes definiciones, se suele referir al conjunto de posiciones sociales que mantenemos los actores sociales y a las relaciones de interdependencia que se producen entre dichas posiciones. En la sociología marxista clásica las posiciones fundamentales se definen en función de la participación en las relaciones de producción, que generan dos posiciones principales o clases sociales, los trabajadores cuya posición se caracteriza por la oferta de trabajo y quienes poseen los medios de producción (los burgueses o capitalistas). Por su parte, en la visión organicista de la aproximación funcionalista de la sociedad estaría compuesta por “órganos” que mantienen relaciones de interdependencia entre sí. Por ejemplo, escuela, ejército, poder judicial, religión, industrias, etc., actúan en colaboración para mantener el conjunto social.

En sentido más descriptivo, tal y como lo comprendió Durkheim y más tarde la Escuela de Chicago, la estructura social hace referencia a aspectos como la demografía, la distribución geográfica, la división del trabajo, etc., y al conjunto de reglas sociales que dan forma (o estructura) a dicho entramado. Para Weber y los planteamientos neoweberianos, la estructura social conjuga posiciones definidas por posiciones en el mercado (clases), en la valoración social (estatus) o de poder (partidos, término que no debe confundirse con el de partidos políticos, pues puede responder a todo tipo de formas de organización con influencia social, desde grupos religiosos hasta grupos armados). Como se puede ver, cualquiera que sea la forma de entender la estructura social, el sistema de relaciones sociales de interdependencia genera un sistema de posiciones jerárquico al que se conoce como “sistema de estratificación social”. Esas posiciones sociales jerarquizadas o estratos se pueden definir por diferentes procesos de distinción social, que dan lugar a categorías sociales, como masculino y femenino, trabajador y propietario, grupo mayoritario y minoría. Esto es, sistemas de categorías sociales por género, clase social, etnia, nacionalidad o lugar de residencia, entre otros.

En las sociedades capitalistas, las principales categorías se derivan de la división social del trabajo. La distinción entre trabajo remunerado y trabajo no remunerado está fuertemente relacionada con la división sexual del trabajo más tradicional, en la que los hombres tenían la función de proveer ingresos económicos al hogar y las mujeres de responder a las tareas domésticas y de cuidados. Se puede observar que dichos mecanismos están muy consolidados cuando se produce algún tipo de transformación social: pese al incremento de la participación de las mujeres en el trabajo remunerado, no se ha producido un movimiento igualmente decidido de participación de los hombres en el trabajo doméstico y de cuidados. De igual modo, existe división social

del trabajo que genera segregación del mercado de trabajo por etnia, con puestos de trabajo muy racializados.

Los sistemas de estratificación han ido cambiando a lo largo del tiempo, de ahí que las formas de desigualdad con las que se relacionan se pueden considerar evitables o innecesarias. Autores como Marx o Schumpeter hablaban de los sistemas asiático, feudal, esclavista, de castas y de clases sociales. Dentro de las sociedades industriales también se pueden encontrar variaciones, como el sistema de clases, el socialismo de Estado y las propias de las sociedades industriales avanzadas, con mayor complejidad de las posiciones de clase, etnia y género (Grusky, 2001). Incluso dentro del sistema de clases de las sociedades industriales avanzadas, se observan variaciones. En las últimas décadas se observa que en las grandes empresas los puestos directivos combinan a un mismo tiempo la condición de asalariados (con ingresos elevados por su sueldo) con la de propietarios de distintos productos financieros en el mercado de capital.

Pese al predominio de las posiciones definidas por la división social de trabajo en los sistemas de estratificación contemporáneos, también se observan formas de estratificación relacionadas con mecanismos en el espacio simbólico o cultural que generan mayor o menor estatus o reconocimiento social. Así, hay determinadas posiciones sociales que generan una posición de ventaja. Un ejemplo de esto es la distinta valoración social que reciben personas homosexuales y heterosexuales en sociedades con estructura heteronormativa.

Según los casos, otros elementos que pueden definir la posición en la estructura social son los relacionados con la participación en el espacio político (no solo el formalizado, sino también los espacios de poder en sentido amplio), en el que determinados grupos sociales pueden llegar a imponer sus intereses por encima de los de otros colectivos. Por ejemplo, la población pensionista sobre la escolarizada (o viceversa), el complejo militar-industrial sobre la actividad económica civil (o viceversa) o las rentas del capital sobre las del trabajo (o viceversa).

De forma sucinta se puede hacer referencia a mecanismos económicos (división social del trabajo), culturales (diferencias en términos de estatus) y políticos (distribución del poder) como elementos principales de la estratificación social, si se acepta la línea propuesta por Weber. Todos ellos serían elementos clave a la hora de determinar la posibilidad de disfrutar de un mejor o peor estado de salud en la medida que garantizan, bien el acceso a los recursos de los que depende la salud, bien a las decisiones para protegerla o potenciarla, o incluso a los mecanismos que garantizan el bienestar psíquico. Los tres mecanismos (económicos, culturales y políticos) pueden funcionar de manera independiente, pero generalmente lo hacen de forma sinérgica, en la línea del planteamiento marxista, de manera que las posiciones que concentran mejores relaciones económicas tienden a ser las que concentran mayor poder político y valoración social.