

COLABORACIÓN ESPECIALRecibido: 23 de diciembre de 2015
Aceptado: 18 de julio de 2016
Publicado: 2 de agosto 2016**POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL Y DESIGUALDADES EN SALUD.
VERDADES PRECONCEBIDAS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA****Enrique Regidor (1,2)**

- (1) Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
(2) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.

RESUMEN

Al final de la primera década de la presente centuria aparecieron algunos debates en epidemiología social que enfrentaron a quienes defendían la existencia de una relación entre las tradiciones políticas y/o modelos del Estado del Bienestar con la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en el estado de salud con quienes defendían que los hechos no apoyaban tal relación. Dichos debates son similares a los que surgieron en los años noventa acerca de las teorías de producción de las enfermedades y los factores que determinan su distribución en la población. Mientras que algunos autores consideran imposible separar los aspectos éticos y políticos y los valores profesionales de los argumentos científicos, otros consideran que los epidemiólogos y demás científicos deben hacer un esfuerzo para distinguir entre las consideraciones científicas y las que no lo son.

En este trabajo se reflexiona acerca de la armonía que mantienen la ciencia, la política y la ética en la práctica científica sobre las desigualdades en salud, a pesar de que la experiencia empírica es contraria a ese conjunto armónico.

Palabras clave: Políticas de bienestar social. Factores socioeconómicos. Desigualdades socioeconómicas en la salud. Europa. Desigualdades en la Salud.

ABSTRACT**Social Welfare Policy and Inequalities
in Health. Preconceived Truths
in Scientific Research**

At the end of the first decade of the present century debates arose in social epidemiology. These debates set those who defend the existence of a relation between the political and/or welfare stage regime and the magnitude of socioeconomic inequalities in health against those who maintain the facts do not support such a relation. These debates are similar to other debates in epidemiology in the 1990s related with theories of how diseases are produced and the factors that determine their distribution in the population. Whereas some authors find it impossible to separate ethical and political aspects and professional values from scientific arguments, others consider that epidemiologists and other scientists should make an effort to distinguish between scientific and unscientific considerations. In this paper the author reflects about the harmony that keep science, politics and ethics in the scientific practice on health inequalities, although the empirical evidence is contrary to that harmonious effect.

Key words: Health and welfare planning, Socioeconomic Factors, Healthcare Disparities, Health Inequalities, Europe.

Correspondencia

Enrique Regidor
Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia
Facultad Medicina
Universidad Complutense de Madrid
Ciudad Universitaria s/n
28040 Madrid
España
enriqueregidor@hotmail.com

Cita sugerida: Regidor E. Políticas de bienestar social y desigualdades en salud. Verdades preconcebidas en la investigación científica. Rev Esp Salud Pública. 2016;Vol. 90: 2 de agosto: e1-e6.

INTRODUCCIÓN

A finales de la primera década de la presente centuria aparecieron dos interesantes debates en epidemiología social entre quienes defendían la existencia de una relación de las tradiciones políticas y/o modelos del Estado del Bienestar con la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en el estado de salud⁽¹⁻⁵⁾ y quienes señalaban que los hechos no apoyaban la existencia de esa relación⁽⁶⁻⁸⁾.

Espelt et al⁽¹⁾ compararon las desigualdades en la autopercepción del estado de salud en nueve países europeos agrupados en tres tradiciones políticas: socialdemócratas (Suecia, Dinamarca y Austria), cristianodemócratas (Países Bajos, Alemania, Francia e Italia) y democracias tardías (Portugal y España). Los autores encontraron mayores desigualdades en la autopercepción de la salud en el grupo de países de las democracias tardías. En un comentario a ese trabajo, Lundberg recordaba que esos hallazgos eran contrarios a los observados en investigaciones previas. Además, señalaba que el agrupamiento de los países según las tradiciones políticas puede ser de poca ayuda si lo que se quiere conocer es qué aspectos concretos del Estado del Bienestar son importantes para la salud⁽⁶⁾. En su opinión, si diferentes países con distintas formas de gobierno lo están haciendo bien en términos de resultados en salud de la población a pesar de que las políticas implementadas son diferentes en cada uno de ellos, habría que plantearse que quizá hay más de un camino para lograr el éxito en salud pública^(6,7). En respuesta, Espelt et al defendían que las formas de gobierno afectan a los resultados de salud a través de políticas concretas, pero son el punto de partida⁽²⁾. En opinión de estos autores, las actividades de salud pública conllevan decisiones acerca de cómo cambiar la sociedad y en ellas intervienen valores sobre cuáles son las políticas más adecuadas para mejorar la salud de la población⁽³⁾.

Por su parte, Sekine et al evaluaron si el patrón de desigualdades en la salud física y mental difería entre los funcionarios de Gran

Bretaña, Finlandia y Japón⁽⁴⁾. Estos autores encontraron que las desigualdades en la salud física fueron menores en Finlandia que en Gran Bretaña y que en Japón y atribuyeron este hallazgo a diferentes tradiciones políticas y/o modelos del Estado del Bienestar. En su comentario a este estudio, Bosma advertía que los resultados obtenidos eran menos claros que lo mencionado por los autores en el artículo⁽⁸⁾. Según Bosma, el régimen socialdemócrata puede disminuir la desigualdad en ingresos y reducir la pobreza, pero los hallazgos de este y otros estudios sugieren que, al igual que otros regímenes, puede no ser capaz de reducir las desigualdades socioeconómicas en salud. Bosma consideraba que el campo de la investigación sobre desigualdades en salud está demasiado politizado, ya que los investigadores atribuyen éxito a determinadas medidas para su reducción cuando su eficacia no ha sido demostrada. En su respuesta, Sekine et al estaban de acuerdo en que había que evitar ideología política en la investigación en epidemiología social, pero afirmaban que las formas de gobierno influyen en la distribución de los determinantes sociales de la salud⁽⁵⁾.

VALORES EXTRACIENTÍFICOS EN LA INTERPRETACIÓN DE LOS HECHOS

Este debate recuerda otros aparecidos en el ámbito de la epidemiología acerca de las teorías sobre la producción de las enfermedades y los factores que determinan su distribución en la población. Mientras que para unos autores es imposible separar los aspectos éticos y políticos y los valores profesionales de los argumentos científicos⁽⁹⁻¹¹⁾, hay quienes consideran que los epidemiólogos y científicos deberían esforzarse en separar las consideraciones científicas de las que no lo son⁽¹²⁻¹⁴⁾. Para los primeros lo relevante de una teoría científica son las asunciones filosóficas e ideológicas – como justicia social, derechos humanos, etcétera – acerca de por qué algunas poblaciones enferman más que otras. Para los segundos lo relevante desde la perspectiva científica es si una teoría es válida, no qué valores incorpora o qué incertidumbres éticas genera.

Vandenbroucke señala que la subjetividad siempre estará presente en la generación de conocimiento científico debido a las diferentes interpretaciones de la teoría y de los hechos. Y que solo el futuro dará o quitará la razón⁽¹⁵⁾. Estos comentarios son extraordinariamente importantes para la comprensión de la práctica científica, porque la presencia de la subjetividad en la ciencia no contradice la actitud de los científicos de la búsqueda de la evidencia inequívoca. Se trata de un mecanismo autorregulador que eventualmente corrige los juicios subjetivos en el proceso interpretativo en la ciencia⁽¹⁶⁾. La investigación científica busca la objetividad a través de un proceso continuo que implica la comprobación constante de las relaciones entre los valores, las asunciones, las hipótesis y el trabajo empírico. Y la práctica científica demuestra que, frente a los indiscutibles hechos, llega un momento en el que el científico debe abandonar sus valores, sus deseos, sus prejuicios y sus vanidades. Es el duro momento en el que el científico tiene que aceptar los hechos que descubren las deficiencias de su marco teórico y reconocer los hallazgos contradictorios que desafían sus preconcepciones.

Por esa razón, la ciencia sigue siendo el procedimiento ideal contra el dogma: la ciencia no pretende proporcionar resultados definitivos. La historia de la ciencia muestra cómo viejas teorías ampliamente aceptadas son rechazadas como inadecuadas y reemplazadas por otras nuevas. En cualquier caso, estas rectificaciones no son fáciles debido a diferentes sesgos de interpretación por parte quienes realizan la investigación científica, como el sesgo de confirmación, es decir, la tendencia a dar más apoyo a lo que confirma las propias convicciones e ignorar o desacreditar lo que las contradice. Las rectificaciones tardarán aún más tiempo en producirse cuando las consideraciones empíricas, políticas y éticas convivan en armonía dentro del paradigma que, sobre cualquier línea de investigación, domina en la comunidad científica en un momento dado. Basta echar una mirada a las teorías de producción de las desigualda-

des socioeconómicas en salud⁽¹⁷⁾ o a los diversos informes elaborados sobre la forma de abordarlas, como el documento Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁸⁾, para comprobar la ausencia de cualquier estridencia que rompa ese conjunto armónico.

LA DIFÍCIL ALIANZA DE CIENCIA, POLÍTICA Y ÉTICA

De acuerdo con las teorías sobre el origen de las desigualdades en salud, la distribución socioeconómica de la salud es producida por prácticas y políticas injustas que recompensan económica y socialmente a ciertos grupos a expensas de otros y, por tanto, las desigualdades socioeconómicas en salud podrían reducirse por intervenciones sociales y económicas⁽¹⁹⁾. Por ejemplo, el hecho de no abordar la reducción de la desigualdad de ingresos como una cuestión prioritaria ha sido considerado como una de las posibles causas del fracaso de la estrategia llevada a cabo en Inglaterra para reducir las desigualdades socioeconómicas en salud⁽²⁰⁾. Sin embargo, hasta la fecha no se ha conseguido demostrar que la reducción de la desigualdad de ingresos conlleve menores desigualdades socioeconómicas en salud. Diversas investigaciones que analizaron la mortalidad, uno de los indicadores más clásicos del estado de salud de la población, observaron crecimientos de las desigualdades en mortalidad tanto en periodos de aumento⁽²¹⁾ como de disminución⁽²²⁾ o de estabilidad⁽²³⁾ en la desigualdad en ingresos. De igual forma, no se observan cambios en la magnitud de la desigualdad socioeconómica en la mortalidad durante los periodos de descenso de la desigualdad en ingresos⁽²⁴⁾. Por ello, cuando miembros destacables de la comunidad científica en este campo de conocimiento afirman que las desigualdades en salud son evitables mediante intervenciones que reducen la desigualdad en la distribución de los ingresos, no están aludiendo a una coherencia con los hechos sino con un argumento de ficción que hay que superponer a los hechos para que impida verlos. De acuerdo a la distinción que

hiciera Aristóteles entre historia y literatura, mediante esos argumentos de ficción no se da cuenta de lo sucedido sino de lo que bien podría haber sucedido. Es la forma de mantener el equilibrio del discurso narrativo entre ciencia, política y ética, la manera de preservar la idea antes señalada acerca del origen de la distribución socioeconómica de la salud.

En efecto, esa creencia desatiende los sonidos estridentes que se originan cuando se observan los hallazgos de múltiples investigaciones realizadas en los últimos cuatro lustros, a muchas de las cuales hacían referencia Lundberg y Bosma⁽⁶⁻⁸⁾. Los resultados de esas investigaciones revelaron que los países nórdicos, con una larga historia de aplicación de políticas universales de bienestar, no estaban entre los que tenían menores desigualdades socioeconómicas en mortalidad en la década de los ochenta, mientras que Finlandia, Noruega y Dinamarca estaban entre los que las tenían mayores en la década de los noventa⁽²⁵⁻²⁸⁾. Otro hallazgo relevante fue que los países del sur de Europa, como Italia y España, con grandes desigualdades socioeconómicas, se encontraban entre los países con desigualdades en mortalidad más bajas en la década de los ochenta y fueron los que tuvieron menores desigualdades en mortalidad durante la década de los noventa.

Los resultados de los estudios con datos de la primera década del siglo XXI han reproducido los hallazgos previos^(29,30). Así mismo, en 1990 y en 2000, los países nórdicos estaban entre aquellos que tenían mayores desigualdades socioeconómicas en autopercepción negativa de la salud, con la excepción de Suecia^(25,27, 31-32). Del mismo modo, en ambos períodos, Italia y España junto a Alemania estaban entre los países con menores desigualdades socioeconómicas en autopercepción negativa de la salud⁽³¹⁻³²⁾.

En la mayoría de los estudios mencionados el objetivo fue determinar el patrón internacional en la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la salud en varios países europeos. Y durante la primera década del

siglo XXI se realizaron otras investigaciones para contrastar específicamente la hipótesis de que las desigualdades en salud probablemente eran más bajas en los países con un Estado de Bienestar con provisión universal de los servicios a la población⁽³³⁻³⁷⁾. En la mayoría de esos estudios no se observó relación entre el tamaño del Estado de Bienestar y la magnitud de las desigualdades en salud.

En 2004 Bartley recordaba que los primeros resultados de los estudios internacionales comparativos mencionados causaron una conmoción considerable en la comunidad científica y en los profesionales de la salud pública⁽³⁸⁾. Mayoritariamente se creía que las desigualdades en salud serían menores en los países nórdicos con pequeñas diferencias de ingresos entre ricos y pobres y, curiosamente, se obtuvo que las desigualdades en salud eran menores en países del sur de Europa con elevadas desigualdades socioeconómicas. Bartley también señalaba que las implicaciones políticas de la investigación sobre las desigualdades en salud eran muy difíciles de establecer con claridad en base a los resultados de las investigaciones realizadas. De hecho, aunque se han propuesto diversas explicaciones para esa paradoja, las razones se desconocen⁽³⁹⁾. Esto no quiere decir que las desigualdades en salud no puedan ser evitadas mediante políticas de bienestar sino que, por ahora, es necesaria una buena dosis de modestia y reconocer que no se ha conseguido demostrar la relación de las políticas del bienestar con la magnitud de las desigualdades en salud.

LOS FALSOS CIENTÍFICOS

Muchos científicos participan como consejeros o como autores de informes y propuestas de actuación cuyo objetivo es recomendar acciones concretas para reducir las desigualdades socioeconómicas en salud. Es habitual el compromiso con una verdad preconcebida cuando se asume el papel de consejero o el de autor en la propuesta de determinadas actuaciones y, por esa razón, cuando los investigadores asumen tales roles están legitimados

para fundamentar sus propuestas de acción en los hechos, creencias, valores, ideologías e intereses que consideren oportunas. Pero los científicos que pretenden avanzar en el conocimiento sobre este asunto, como en cualquier otro campo de la ciencia, deben caracterizarse justo por lo contrario: por el no-compromiso, por su independencia de los programas políticos, ideologías o utopías.

Hay múltiples razones políticas y éticas que aconsejan la disminución de la desigualdad de ingresos y la implementación de muchas otras políticas universales de bienestar. Pero el compromiso de los científicos con agendas ideológicas o políticas en la explicación de las desigualdades socioeconómicas en salud debe ser verificado o refutado por las pruebas de la evidencia empírica. Y en este sentido deben asumir la posible existencia de resultados contrarios a sus valores. El reto consiste en encontrar explicaciones para esos hallazgos. Porque los científicos que se comprometen a servir a una verdad preconcebida, en lugar de buscar la explicación oculta detrás de los hechos, renuncian a la misión propia de la investigación científica que es la búsqueda de la verdad, independientemente del resultado. Al contrario que los investigadores que buscan la evidencia que confirme lo que ellos creen que es verdadero(40). Y poco importa que la verdad preconcebida se llame democracia, políticas de bienestar, derechos humanos o justicia social. El científico que se pone al servicio de una realidad distinta de la que está por descubrir es un falso científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarin MI, Benach J, Shaap M, Kunst AE, Navarro V. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol.* 2008; 37: 1095-1105.
2. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarin MI, Benach J, Shaap M, Kunst AE, Navarro V. Answer to the commentary: Politics and public health — some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *Int J Epidemiol.* 2010; 39: 630-632.
3. Muntaner C, Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Pasarin MI, Benach J, Navarro V. Politics or policies vs politics and policies: a comment on Lundberg. *Int J Epidemiol.* 2010; 39: 1396-7.
4. Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish and Japanese civil servants: role of job demand, control, and work hours. *Soc Sci Med.* 2009; 69: 1417-1425.
5. Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. What we learn from British, Finnish, and Japanese civil servants study and the role of social democracy in reducing socioeconomic inequalities in health: a response to Bosma. *Soc Sci Med.* 2009; 69: 1429-31.
6. Lundberg O. Commentary. Politics and public health - some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *Int J Epidemiol.* 2008; 37: 1095-1105.
7. Lundberg O. Politics and public health - some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *Int J Epidemiol.* 2010; 39: 632-634.
8. Bosma H. A critical reflection on the role of social democracy in reducing socioeconomic inequalities in health: a commentary on Sekine, Chandola, Martikainen, Marmot and Kagamimori. *Soc Sci Med.* 2009; 69: 1426-1428.
9. Krieger N, Zierler S. The need for epidemiology theory. *Epidemiology.* 1997; 8: 212-4.
10. Pearce N, McKinlay JB. Back to the future in Epidemiology and Public Health: Response to Dr Gory. *J Clin Epidemiol.* 1998; 51: 643-6.
11. Muntaner C. Invited commentary: social mechanisms, race, and social epidemiology. *Am J Epidemiol.* 1999; 150: 121-6.
12. Gori GB. Epidemiology and Public Health: is a new paradigm need or a new ethic. *J Clin Epidemiol.* 1998; 51: 637-41.
13. Rothman KJ, Adami H-O, Trichopoulos D. Should the misión of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet.* 1998; 352: 810-813.
14. Cooper RS, Kaufman JS. Is there an absence of theory in social epidemiology? The authors respond to Muntaner. *Am J Epidemiol.* 1999; 150: 127-8.
15. Vandenbroucke J. Medical journals and the shaping of medical knowledge. *Lancet.* 1998; 352: 2001-2006.
16. Kaptchuk TJ. Effect of interpretive bias on research evidence. *BMJ.* 2003; 326: 1453-5.

17. Krieger N. Ladders, pyramids and champagne: the iconography of health inequities. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62: 1098-1104.
18. Commission on Social Determinants of Health. 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. Geneva: World Health Organization; 2008.
19. Krieger N. Why epidemiologists cannot afford to ignore poverty. *Epidemiology*. 2007; 18: 658-663.
20. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. Fair Society, healthy lives. The Marmot review. London: The Marmot review; 2010.
21. Shaw M, Davey Smith G, Dorling D. Health inequalities and new labour: how the promises compare with real progress. *BMJ*. 2005;330:1016-21.
22. Regidor E, Ronda E, Pascual C, Martínez D, Calle ME, Domínguez V. Decreasing socioeconomic inequalities and increasing health inequalities in Spain: a case study. *Am J Public Health*. 2006; 96: 102-08.
23. Martikainen P, Valkonen T. Policies to reduce income inequalities are unlikely to eradicate inequalities in mortality. *BMJ*. 1999;319:319.
24. Lecler A, Chastang J-F, Menvielle G, Luce D. Socioeconomic inequalities in premature mortality in France: have they widened in recent decades? *Soc Sci Med*. 2006; 62: 2035-45.
25. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Gronhof F, Geurts JJ, and EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*. 1997; 349: 1655-9.
26. Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP, Andersen O, Borgan JK, Costa G, et al. Occupational class and cause specific mortality in 11 European countries. *BMJ*. 1998; 316: 1636-42.
27. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358:2468-81.
28. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan J-K, Borrell C, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among the elderly in eleven European populations. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58: 468-75.
29. Toch-Marquardt M, Menvielle G, Eikemo TA, Kulhánová I, Kulik MC, Bopp M, Esnaola S, Jasilionis D, Mäki N, Martikainen P, Regidor E, Lundberg O, Mackenbach JP; Euro-GBD-SE consortium. Occupational class inequalities in all-cause and cause-specific mortality among middle-aged men in 14 European populations during the early 2000s. *PLoS One*. 2014 30;9:e108072.
30. Mackenbach JP, Kulhánová I, Menvielle G, Bopp M, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Esnaola S, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Regidor E, Rodríguez-Sanz M, Strand BH, Hoffmann R, Eikemo TA, Östergren O, Lundberg O; Eurothine and EURO-GBD-SE consortiums. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:207-17;
31. Cavelaars AEJM, Kunst AE, Geurts JJM, Cialesi R, Grøtvedt L, Helmer U, et al.. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52: 219-227.
32. Kunst AE, Roskam AJ. Comparison of educational inequalities in general health in 12 European countries: application of an integral measure of self-assessed health. Rotterdam: Department of Public Health; 2007
33. Veenhoen R. Well-Being in the Welfare State: level not higher, distribution no more equitable. *J Com Pol Anal*. 2000; 2: 91-125.
34. Eikemo TA, Huisman M, Bambra C, Kunst AE. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociol Health Illn*. 2008; 30: 565-82.
35. Eikemo TA, Bambra C, Joyce K, Dahl E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health*. 2008; 18: 593-9.
36. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarin MI, Benach J, et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol*. 2008; 37: 1095-1105.
37. Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Burstrom B, Muntaner C, Pasarin MI, et al. Analyzing differences in the magnitude of socioeconomic inequalities in self-perceived health by countries of different political tradition in Europe. *Int J Health Services*. 2009; 39: 321-41.
38. Bartley M. Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods. Cambridge: Policy Press; 2004.
39. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med*. 2012;75:761-9.
40. Oakes JM. Invited commentary: paths and pathologies of social epidemiology. *Am J Epidemiol* 2013; 178: 850.951.