



Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud:

Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2

Göran Dahlgren
Margaret Whitehead

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool

Estudios sobre los determinantes sociales y económicos de la salud de la población, nº 3

Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - *Parte 2*

**Estrategias europeas para la lucha contra las
desigualdades sociales en salud:**

*Desarrollando el máximo potencial de salud
para toda la población - Parte 2*

**Göran Dahlgren
Margaret Whitehead**

*Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under the title **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.** By Göran Dahlgren and Margaret Whitehead © World Health Organization 2006*

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

*Publicado en inglés por la Oficina Regional de la OMS para Europa en 2006 con el título **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.** Göran Dahlgren y Margaret Whitehead © World Health Organization 2006*

El traductor de esta publicación es responsable de la exactitud de la traducción



© Ministerio de Sanidad y Política Social 2010

La Oficina Regional de la OMS para Europa es una de las seis oficinas regionales existentes, cada una con un programa propio orientado a los problemas de salud específicos de los países a los que sirve. La Región Europea cuenta con cerca de 870 millones de habitantes en un territorio que se extiende desde Islandia, por el norte, y el Mediterráneo, por el sur, hasta el litoral pacífico de la Federación Rusa. El programa europeo de la OMS se centra tanto en los problemas relacionados con la sociedad industrial y postindustrial como en los problemas a los que se enfrentan las democracias emergentes de Europa Central y Oriental y la antigua URSS.

Para asegurar la máxima disponibilidad de información y orientación de calidad en materia de salud, la OMS garantiza una amplia distribución internacional de sus publicaciones y promueve su traducción y adaptación. Ayudando a fomentar y proteger la salud y a prevenir y controlar las enfermedades, las publicaciones de la OMS contribuyen al objetivo principal de la Organización: alcanzar para todos los pueblos el grado máximo de salud que sea posible.

La Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo

La Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo, responsable de coordinar las actividades que han dado lugar a esta publicación, fue creada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, con la cooperación y el apoyo del Ministerio de Sanidad y la Región de Véneto en Italia. Uno de sus principales cometidos es recabar la evidencia disponible y actuar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud. La Oficina revisa sistemáticamente los recursos necesarios para recopilar conceptos, pruebas científicas, la tecnología y las intervenciones políticas, a fin de conseguir una inversión eficaz que permita la promoción de la salud y la sinergia entre el desarrollo social, económico y sanitario. La Oficina desempeña dos funciones principales, interrelacionadas entre sí:

- vigilar, analizar y sistematizar las implicaciones políticas de los determinantes sociales y económicos de la salud de la población;
- y
- prestar servicios que ayuden a los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS a aumentar su capacidad de inversión en salud, teniendo en cuenta esas implicaciones políticas e integrándolas en el programa de desarrollo.



**Estrategias europeas para la lucha contra las
desigualdades sociales en salud:**

*Desarrollando el máximo potencial de salud
para toda la población - Parte 2*

**Göran Dahlgren
Margaret Whitehead**

Los interesados en solicitar publicaciones de la Oficina Regional de la OMS para Europa pueden dirigirse a:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Dinamarca

Pueden también descargar y rellenar un formulario del sitio web de la Oficina Regional (<http://www.euro.who.int/pubrequest>) para solicitar documentación, información en salud o autorización para reproducir o traducir alguna publicación.

© **Organización Mundial de la Salud 2006, reimpresso en 2007**

Reservados todos los derechos. La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud acoge favorablemente las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, en todo o en parte, sus publicaciones.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni sobre el trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras sobre las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. Las opiniones expresadas por autores, editores o grupos de expertos no representan necesariamente el criterio ni las políticas de la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave:

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA – JUSTICIA SOCIAL – ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS – POBREZA – FACTORES SOCIOECONÓMICOS – POLÍTICA SANITARIA – EUROPA – DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD – DETERMINANTES DE LA SALUD – DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

ÍNDICE

Agradecimientos	9
Prólogo	10
Abreviaturas utilizadas en este informe	12
Introducción	13
Términos básicos utilizados en este informe	16
Parte A. Naturaleza del problema y causas de las desigualdades sociales en salud	18
I. Magnitud del problema	19
II. Identificación de las causas primeras	27
Determinantes de la salud	27
Determinantes de las desigualdades sociales en salud	30
Parte B. Intervenciones políticas y experiencias	38
Estrato 1. El entorno macropolítico	39
I. Estrategias de crecimiento económico	40
El crecimiento económico como determinante de la salud	40
La mejora de la salud como determinante del crecimiento económico	42
II. Desigualdades en renta y salud	43
III. Pobreza y salud	46
La pobreza como causa de problemas de salud	46
Los problemas de salud como causa de pobreza	50
La mejora de la salud como forma de escapar de la pobreza	53
Estrato 2: Acciones multisectoriales de lucha contra las desigualdades en salud	55
I. Educación	55
II. Entorno de trabajo	57
III. Desempleo	60
IV. Servicios de asistencia sanitaria	62
Evaluaciones de la equidad en los sistemas de asistencia sanitaria	64
Políticas sanitarias orientadas a la equidad	69
Estrato 3: Políticas de integración social y comunitaria	74
Estrato 4: Políticas relacionadas con el estilo de vida y orientadas a la equidad	78
I. Control del tabaco	79

II. Consumo excesivo de alcohol	82
III. Nutrición, actividad física y obesidad	85
Parte C. Formulación de estrategias orientadas a la equidad en la salud	90
Estrategias para la reducción de la brecha de salud	91
El espectro de actuaciones en Europa	91
Definición de objetivos de equidad en la salud	94
Los principales tipos de estrategias	96
1. Estrategias integradas de actuación sobre los determinantes de la salud	96
2. Estrategias dirigidas a enfermedades específicas	96
3. Estrategias basadas en escenarios	97
4. Estrategias dirigidas a grupos específicos	99
Hacer que los últimos sean los primeros en las estrategias de Salud para Todos	100
Bibliografía	101

AGRADECIMIENTOS

Este informe se ha elaborado con la estrecha colaboración de expertos de la Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo en Venecia y con el asesoramiento de su Grupo de Expertos en Pobreza, Desigualdades en Salud y otros Determinantes Sociales y Económicos de la Salud. Las distintas versiones de este documento y del documento sobre estrategias que lo acompaña se han presentado en varias reuniones internas de la OMS y en consultas europeas realizadas en la Oficina de Venecia para obtener asesoramiento. Han sido también objeto de revisiones anónimas por expertos. Los autores han recibido con agradecimiento comentarios que les han llevado a realizar algunos cambios, pero ellos son los únicos responsables del texto final y de cualquier error que pueda contener. Deseamos expresar nuestro agradecimiento a Jerome M. Rosen por su trabajo de revisión editorial y a Antonella Biasiotto y Cristina Comunian por su apoyo administrativo.

PRÓLOGO

Este documento sobre las estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud llega en un momento muy oportuno, dados los intentos que se están haciendo en cada vez más países europeos para pasar de la descripción del problema a la acción. Forma parte de una iniciativa europea para la creación de herramientas y líneas estratégicas útiles que ayuden a los países a abordar la cuestión de la equidad en la salud, y es el segundo de una serie de dos documentos que describen las intervenciones que pueden llevarse a cabo para luchar contra las desigualdades sociales en salud “desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población”. En el primer documento, Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 1, se explican los conceptos y los principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. En este segundo documento, Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2, se presentan los últimos datos disponibles sobre la naturaleza y la magnitud de este problema en Europa, sugiriéndose enfoques e intervenciones políticas que pueden llevarse a cabo para luchar contra las desigualdades sociales en salud, así como maneras de formular las estrategias necesarias.

En los últimos veinte años, los Estados miembros europeos de la OMS han encabezado la defensa de políticas de promoción de la equidad, como el acuerdo alcanzado en 1985 sobre una estrategia de salud común, que establecía un objetivo de equidad sin precedentes. En 2003, la OMS reafirmó su compromiso con la creación de la Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo (Oficina de la OMS en Venecia), cuyo trabajo se centra específicamente en los determinantes sociales de la salud y en lo que pueden hacer los sistemas de salud para actuar sobre ellos. En 2006, el Director Regional de la OMS para Europa anunció que una de las seis direcciones estratégicas de la Oficina Regional en su plan de trabajo a largo plazo hasta el año 2020 sería la prestación de apoyo para reducir las desigualdades en salud.

La adopción de buenas prácticas y de medidas eficaces en la lucha contra las desigualdades sociales en salud permite optimizar los resultados obtenidos por el sistema de salud de un país. Los sistemas de salud están constituidos por todas las personas y actuaciones cuya finalidad principal es la mejora de la salud. Uno de los objetivos de un sistema de salud tiene que ser la reducción de las desigualdades en salud mediante intervenciones que mejoren el estado de salud de los grupos más desfavorecidos. Por ello, el contenido de este segundo documento se centra en los resultados que puede conseguir un sistema de salud. En él se analizan además los principales determinantes externos al sistema de salud, como son los distintos tipos de estrategias de crecimiento económico, las desigualdades en la renta, la pobreza, el desempleo y la educación.

Este documento es el resultado de numerosas consultas y debates sobre versiones precedentes, desarrollados en reuniones organizadas por la OMS y en foros internacionales. Además, recoge en gran medida los resultados de dos consultas europeas dedicadas al examen de los determinantes sociales de la salud y a la reducción de las desigualdades en salud, desarrolladas con la participación de Ministerios de Sanidad, responsables políticos a todos los niveles de la Administración, académicos y sociedades civiles de más de 30 Estados Miembros (Edimburgo 2006 y Londres 2007). Es asimismo el resultado de las contribuciones de las unidades técnicas

de la Oficina Regional de la OMS para Europa y de las Oficinas Nacionales de la OMS. En su elaboración se han tenido también en cuenta los comentarios de una amplia diversidad de expertos y responsables políticos que trabajan en los ámbitos internacional, nacional y subnacional. Por último, para que este documento siga siendo una herramienta útil para los países en su lucha contra las desigualdades sociales en salud, estableceremos en el futuro un proceso de revisión periódica.

Confiamos en que, conjuntamente con el documento Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 1 (Dahlgren y Whitehead, 2007), este trabajo ayude a los responsables políticos en sus esfuerzos por reducir las desigualdades sociales en salud en una Europa que está experimentando rápidos cambios.

Erio Ziglio
Director,
Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo

Abreviaturas utilizadas en este informe

ALPS	Programa de la Escala de Accesibilidad(<i>Affordability Ladder Program</i>)
IMC	Índice de masa corporal
PAC	Política Agrícola Común de la Unión Europea
PECO	Países de Europea Central y Oriental
NEI	Nuevos Estados Independientes
UE	Unión Europea
PIB	Producto interior bruto
PNB	Producto nacional bruto
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
SRAS	Síndrome respiratorio agudo severo
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Introducción

“Las condiciones sociales en que viven las personas influyen mucho en sus posibilidades de disfrutar de una buena salud. Factores como la pobreza, la exclusión y la discriminación social, unas malas condiciones de vivienda, unas condiciones poco saludables en los primeros años de vida y una profesión no cualificada son determinantes importantes de la mayoría de las desigualdades en enfermedad, muerte y salud que existen entre distintos países y dentro de un mismo país” (OMS, 2004).

Incluso en los países de la Región Europea de la OMS que disfrutan de una renta alta o media, las posibilidades de sobrevivir y de disfrutar de una buena salud siguen dependiendo en gran medida de la situación socioeconómica de las personas y de sus familias, y eso da lugar a desigualdades sociales en salud importantes y cada vez mayores en todos los países de Europa.

Las desigualdades en salud son injustas y evitables, ya que están causadas por unas políticas públicas poco saludables y por unos estilos de vida sensibles a factores estructurales (Whitehead y Dahlgren, 2007). Además, contradicen el principio básico de los derechos humanos de que toda persona “tiene derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que sea posible” (Kälin y cols., 2004). Por tanto, una dimensión fundamental de cualquier política sanitaria en los ámbitos internacional, nacional o local debe ser la mejora del estado de salud de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos hasta equipararlo con el de los más privilegiados, es decir, *desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población.*

Cada vez son más los países y las organizaciones internacionales que reconocen la importancia de reducir esta brecha en la salud de la población. La Secretaria de Estado para la Salud del Reino Unido, Patricia Hewitt, expresó así su preocupación en la Cumbre de la Unión Europea sobre la Lucha Contra las Desigualdades en Salud, celebrada en octubre de 2005 (Hewitt, 2005):

“Para nosotros, en la Unión Europea (UE), la reducción de las desigualdades en salud constituye el centro del valor común europeo de una sociedad basada tanto en la justicia social como en el éxito económico. ...Si queremos crear una Europa de justicia social y también de prosperidad, es esencial que estrechemos esa brecha de salud y hagamos realidad una buena salud para todos.”

La necesidad de mejorar la salud de la población en general, y de los grupos de renta baja en particular, es cada vez más urgente en los países de Europa Central y Oriental (PECO) y en la Comunidad de Nuevos Estados Independientes (NEI). En la mayoría de estos países, aunque no en todos, se advierte una tendencia al estancamiento o al deterioro del estado de salud del conjunto de la población, acompañada de crecientes desigualdades sociales en salud. Los dirigentes políticos parecen reconocer cada vez más la necesidad de actuar contra estas tendencias negativas y, por ejemplo, el Presidente Putin aludió al problema en su discurso sobre el estado de la nación pronunciado ante el Parlamento Federal en abril de 2005, cuando insistió en que “no podemos resignarnos a que la esperanza de vida de las mujeres rusas sea casi 10 años menor que en Europa Occidental, y la de los hombres casi 16 años menor” (Putin, 2005).

Algunos organismos internacionales, como la OMS, promueven también y apoyan iniciativas para reducir las desigualdades sociales en salud. Algunos ejemplos recientes de iniciativas de la OMS son la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2004), las contribuciones a la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado (OMS, 2006a) y la nueva Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo de Venecia. De hecho, uno de los valores éticos básicos de *Salud 21: El marco político de Salud para Todos en la Región Europea de la OMS* es “la equidad en la salud y la solidaridad en la acción” (Oficina Regional de la OMS para Europa, 1999; Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005c). La equidad en la salud se ha establecido también como un valor fundamental en 34 de las 40 políticas nacionales de Salud para Todos formuladas en distintos países de la Región Europea de la OMS (OMS, 2005c), así como en la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado.

Sin embargo, muy pocos países han formulado estrategias específicas para la integración de políticas sanitarias orientadas a la equidad en sus políticas económicas y sociales. La perspectiva de la equidad está también ausente en muchos programas dirigidos específicamente a ciertos determinantes de la salud, incluso en países que han establecido la reducción de las desigualdades sociales en salud como un objetivo primordial de todas sus políticas y sus programas en el ámbito de la salud. Sabiendo que las personas consideran la salud como una de las dimensiones más importantes de su bienestar, resulta llamativa la escasa prioridad que ésta recibe. Según Richard Wilkinson (Wilkinson, 2005):

“Un número sorprendentemente pequeño de gobiernos ha adoptado políticas encaminadas a reducir las decenas de miles de muertes en exceso que se producen a medida que se desciende en la jerarquía social contribuyente a las desigualdades en salud... Si la gente empezara a morir como consecuencia de la exposición a una sustancia tóxica, se cerrarían de inmediato los lugares de trabajo hasta que el peligro hubiera pasado. Pero como estas muertes están causadas por procesos sociales, no hay ninguna sensación de urgencia.”

La finalidad de este documento es promover y facilitar la formulación de estrategias para reducir las desigualdades sociales en salud basadas en los datos actualmente disponibles. En él se consideran los principales determinantes de dichas desigualdades, que no siempre son los mismos que los determinantes principales de la salud para el conjunto de la población. Se presta además especial atención a las políticas y acciones que reducen o aumentan las desigualdades en salud, puesto que el equilibrio entre estas fuerzas determina las posibilidades y dificultades presentes a la hora de cumplir unos objetivos de salud orientados a la equidad.

Las intervenciones políticas propuestas en este documento se basan en la evidencia científica o en la experiencia adquirida en distintos países. Ahora bien, las reformas políticas y las distintas intervenciones rara vez se evalúan desde el punto de vista de su impacto en la salud de distintos grupos socioeconómicos. En consecuencia, muchas de las intervenciones políticas que se presentan en este informe se basan en el supuesto de que, muy probablemente, las actuaciones que consigan cambiar los determinantes de las desigualdades sociales influirán en las desigualdades en salud. Evidentemente, habrá casos en los que serán necesarias actuaciones coordinadas para reducir las desigualdades sociales observadas en salud, mientras que en otros casos se desconocerá el tiempo transcurrido entre una actuación y su impacto real en la salud. Este tipo de

incertidumbre no es exclusiva de las estrategias de lucha contra las desigualdades sociales en salud. Es típica de la mayoría de las políticas económicas y sociales, y un hecho aceptado en el marco de la política sanitaria de la OMS, Salud 21, para la Región Europea: “Las evidencias sólidas relacionadas con la salud incluyen tanto los resultados de las investigaciones como otro tipo de información útil para los responsables de la toma de decisiones”. (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005c). Las intervenciones políticas que se presentan en este informe deben verse y evaluarse desde esta perspectiva.

Los valores que sustentan este documento se basan en unos derechos humanos sociales reconocidos internacionalmente y en los valores fundamentales establecidos en el marco de la política de Salud para Todos adoptada para la Región Europea de la OMS (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005c). Estos valores indican claramente la dirección preferente de cambio, aun cuando resulte difícil de evaluar la magnitud del cambio durante un cierto período de tiempo.

Las importantes diferencias existentes entre unos países y otros en la magnitud y causas de las desigualdades sociales en salud no permiten proponer un modelo estratégico único para estrechar la brecha en salud. Las oportunidades y las barreras para la aplicación de políticas orientadas a la equidad pueden variar también en función de factores como ideologías políticas, marcos institucionales o la fuerza de distintos intereses en la escena mundial y nacional. Así pues, las intervenciones políticas descritas en este informe tendrán que ser evaluadas y desarrolladas más a fondo para cada país en particular. No obstante, el enfoque analítico general que se adopta en este documento para evaluar y formular estrategias nacionales de lucha contra las desigualdades sociales en salud debería ser válido para la mayor parte de la Región Europea.

El mensaje general que se pretende enviar es que las actuaciones dirigidas a reducir las desigualdades sociales en salud tienen que formar parte integrante de las políticas de desarrollo socioeconómico en general, y de los programas y políticas específicos de salud pública en particular.

Términos básicos utilizados en este informe

Siempre debe hacerse una distinción clara entre desigualdades en el estado de salud y desigualdades relacionadas con los servicios sanitarios. Véase también el documento que complementa a éste (Whitehead y Dahlgren, 2007), en el que se explican los conceptos y los principios relacionados con algunas de las definiciones siguientes.

Términos relacionados con desigualdades en el estado de salud

Equidad en salud. Este término implica que, en una situación ideal, todas las personas podrían alcanzar un grado máximo de salud y ninguna se vería en situación de desventaja por razón de su posición social o de otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Políticas sanitarias orientadas a la equidad. Son políticas que tratan de reducir o eliminar desigualdades sociales en salud.

Desigualdades sociales en salud. Son diferencias sistemáticas en el estado de salud entre los grupos socioeconómicos, medidas teniendo en cuenta la renta, la educación y la profesión. Todas las desigualdades sociales en salud que se observan sistemáticamente en un país tienen un origen social, pueden ser modificadas y son injustas.

Los términos *inequidades sociales en salud* y *desigualdades sociales en salud* se utilizan como sinónimos en este informe. Ambos tienen la misma connotación de unas diferencias de salud injustas.

Brecha de salud. Este término se utiliza indistintamente con el de desigualdades sociales en salud.

Diferencias relativas de salud. Miden el cociente entre el valor del indicador de salud en el grupo desfavorecido y el valor correspondiente en el grupo de referencia. Por ejemplo, la diferencia relativa mide el mayor riesgo de experimentar problemas de salud en el grupo de nivel socioeconómico más bajo frente al grupo de nivel socioeconómico más alto o al conjunto de la población. Las diferencias relativas pueden expresarse también en términos de las diferencias de porcentaje entre los dos grupos.

Diferencias absolutas de salud. Miden la diferencia entre el valor del indicador en el grupo de nivel socioeconómico más bajo y en el del más alto; por ejemplo, el exceso de muertes causadas por una cierta enfermedad (por 100 000 habitantes) en el grupo más desfavorecido, en comparación con el grupo más privilegiado.

Diferencias de salud por razón de género. Son diferencias sistemáticas de salud entre hombres y mujeres que vienen determinadas por factores económicos, sociales o culturales, y no por diferencias biológicas entre sexos. Siempre que sea posible, las desigualdades sociales en salud deben describirse y analizarse por separado en el caso de los hombres y de las mujeres, ya que la magnitud y las causas de las diferencias observadas pueden variar dependiendo del género. Y a la inversa, las diferencias de salud según el género deben relacionarse, siempre que sea posible, con factores socioeconómicos.

Diferencias de salud según el origen étnico. Son diferencias sistemáticas de salud entre los distintos grupos étnicos. Siempre que sea posible, en países con una marcada discriminación étnica deben describirse y analizarse las desigualdades sociales en salud atendiendo al origen étnico, ya que la magnitud y las causas de las diferencias de salud observadas pueden variar dependiendo del origen étnico de los distintos grupos socioeconómicos. Y, a la inversa, las descripciones y análisis de la salud según el origen étnico deben relacionarse, siempre que sea posible, con factores socioeconómicos, para así evaluar la magnitud de las diferencias socioeconómicas en salud de los distintos grupos étnicos.

Diferencias de salud según la geografía. Son diferencias de salud observadas entre distintas regiones geográficas. Siempre que sea posible, estas diferencias deben describirse y analizarse teniendo en cuenta la edad y la estructura socioeconómica de las regiones comparadas. El estado de salud observado en áreas con una estructura social homogénea – considerándose las diferencias en la estructura de edad de la población– puede servir como aproximación para conocer las desigualdades sociales en salud cuando no existe información sobre los diferentes grupos socioeconómicos o la información existente sea muy limitada.

Determinantes de la salud. Son factores que influyen en la salud de manera positiva o negativa. Este documento se centra en los determinantes sociales, económicos y relacionados con los estilos de vida, determinantes que pueden verse influidos por decisiones políticas, comerciales e individuales, a diferencia de la edad, el sexo y los factores genéticos, que también influyen en la salud pero que, globalmente, no se ven influidos por decisiones políticas ni por medidas de otro tipo.

Determinantes de las desigualdades sociales en salud. Son determinantes sociales, económicos y relacionados con los estilos de vida que aumentan o reducen las desigualdades sociales en salud. Estos factores se ven siempre influidos por medidas o decisiones políticas, comerciales o individuales.

Términos relacionados con desigualdades en la asistencia sanitaria

Equidad en la asistencia sanitaria. Este término lleva implícita la idea de justicia en el acceso geográfico, económico y cultural equitativo de todas las personas a igual necesidad de asistencia. Otras dimensiones de la equidad en la asistencia sanitaria son la igualdad de oportunidades para recibir una asistencia informal adecuada y la misma calidad de asistencia profesional para todos.

Ley inversa de la asistencia. Expresión utilizada con frecuencia para describir una situación en la que “la disponibilidad de una buena asistencia médica suele variar de forma inversa a la necesidad de la población atendida” (Hart, 1971).

Estrategias de financiación justas para los servicios sanitarios. Estas estrategias implican una contribución económica progresiva en función de la capacidad de pago, para que la asistencia pueda prestarse en función de la necesidad, y no de la capacidad de pago.

Parte A. Naturaleza del problema y causas de las desigualdades sociales en
salud

I. Magnitud del problema

El primer paso para desarrollar una estrategia de lucha contra las desigualdades sociales en salud de un país es evaluar la magnitud de la brecha en salud de su población y su evolución en el tiempo. Dicha evaluación tiene que situarse en el contexto de las tendencias generales de la salud de la población.

Perspectiva histórica

Desde una perspectiva histórica, la posibilidad de sobrevivir y de disfrutar de una vida más saludable ha mejorado más allá de las expectativas. La duración media de la vida humana se ha multiplicado por dos en los últimos 200 años y la esperanza de vida sigue aumentando en la mayoría de los países (Williams, 2004). Sin embargo, los logros conseguidos en la mejora de la salud siguen siendo muy diferentes en los países ricos y los pobres, así como en los grupos más y menos privilegiados de un mismo país. Los éxitos conseguidos en la reducción de las desigualdades sociales en salud son menos visibles, pero reales.

Desde una perspectiva europea, se han conseguido importantes logros, como por ejemplo la reducción de las desigualdades sociales en mortalidad, medidas en términos *absolutos* (Mackenbach y cols., 2002). Estos logros están estrechamente vinculados a una mejora general de las condiciones de vida y de trabajo.

Desde una perspectiva histórica, se han reducido también, e incluso (casi) eliminado, algunas *diferencias* relativas de salud entre los distintos grupos socioeconómicos para ciertos indicadores de salud. Por ejemplo, las importantes diferencias socioeconómicas que había en Suecia a principios del decenio de 1930 en la mortalidad infantil han desaparecido casi por completo tras la adopción de políticas específicas como la creación de servicios gratuitos de salud materno-infantil, las políticas de mejora del parque de viviendas, las ayudas económicas para las familias de renta baja y las reformas generales del sistema de bienestar (Burstrom, 2004). Este éxito no ha sido, como a veces se supone, una consecuencia automática del desarrollo económico, ya que muchos países europeos con el mismo nivel de desarrollo económico que Suecia siguen presentando importantes desigualdades en mortalidad infantil (Mielck y cols., 2002). Los ingredientes básicos en el caso de Suecia han sido unas políticas económicas y sociales más orientadas a la salud y a la equidad. Es también importante recordar que esta reducción de las desigualdades en mortalidad infantil se consiguió pese a la existencia de importantes diferencias sociales en el conjunto de la sociedad sueca. Así pues, el argumento esgrimido a veces de que la eliminación de las desigualdades sociales en salud es una utopía no se justifica con los datos actualmente disponibles.

A pesar de algunos éxitos, siguen existiendo grandes desigualdades en salud en todos los países europeos y la tendencia general, medida en términos relativos, es a que aumenten, no a que disminuyan. La lucha contra estas desigualdades en salud – *desarrollando el máximo potencial de salud* de los grupos desfavorecidos hasta alcanzar el mismo nivel de salud que ya disfrutaban los grupos privilegiados – es, hoy en día, uno de los retos más importantes para la salud pública. Otra cuestión de crucial importancia a la hora de formular las estrategias para la reducción de las desigualdades sociales en salud en los países de la Región Europea es tener en cuenta las diferencias observadas en las tendencias generales de salud entre los países de Europa Occidental por un lado, y los países de Europa Oriental y la antigua Unión Soviética por otro.

En Europa Occidental se advierte una tendencia general al aumento de la esperanza de vida de la población. Al mismo tiempo, las desigualdades sociales en salud son cada vez mayores, medidas en términos relativos. Esta brecha cada vez más amplia se debe a que la salud de los grupos de nivel socioeconómico más bajo está mejorando más despacio que la de los grupos de nivel socioeconómico más alto. Por el contrario, algunos de los PECO y los NEI presentan una brecha cada vez mayor, a pesar de que la esperanza de vida se mantiene igual o incluso ha disminuido para el conjunto de la población. En estos casos, las desigualdades sociales en salud de los grupos de nivel socioeconómico más bajo son cada vez mayores, sufriendo un deterioro mayor de la salud que el conjunto de la población. Debido a estas diferencias en las tendencias generales, en las secciones siguientes se describe por separado la brecha de salud existente en los países de Europa Occidental y la existente en los países de Europa Oriental y Central.

Desigualdades en salud: países de Europa Occidental

Las desigualdades sociales en mortalidad son considerables en casi todos o en todos los países de Europa Occidental (véase la revisión de Mackenbach, 2005). El exceso de tasa de mortalidad en los grupos de nivel socioeconómico más bajo suele ser, como mínimo, del 25-50% respecto a los grupos de nivel socioeconómico más alto. Estas desigualdades suelen ser mayores en el caso de los hombres que en el de las mujeres, aparecen en los primeros años de vida y persisten hasta edades avanzadas. En la mayoría de los países, casi la mitad del exceso de mortalidad en los grupos de nivel socioeconómico más bajo se explica por desigualdades relacionadas con las enfermedades cardiovasculares. Otras enfermedades importantes con marcadas desigualdades sociales son algunos tipos de cáncer, los problemas psicosociales y los accidentes, aunque en casi todas las enfermedades más frecuentes se observa un gradiente social.

En los últimos veinte años, muchos países de Europa Occidental han experimentado un aumento inesperado y significativo de las desigualdades sociales “sin que existan indicios de que la ampliación de la brecha de salud vaya a detenerse en un futuro próximo” (Mackenbach, 2005). El aumento de las desigualdades en mortalidad ocurrido en los últimos veinte años está perfectamente documentado en países como Inglaterra y Gales (Drever ScWhitehead, 1997), Finlandia (Valkonen, 1993), Francia (Lang y Ducimetiere, 1995), Países Bajos (van de Mheen, Reijneveld y Mackenbach, 1996), España (Regidor y cols., 1995) y Suecia (Vagero y Lundberg, 1995).

La posibilidad de evaluar las desigualdades sociales en salud es mayor en unos países que en otros. En Inglaterra se mantienen registros específicos desde hace más de 150 años que permiten realizar un análisis detallado de las desigualdades sociales en mortalidad y documentar estas diferencias (Drever y Whitehead, 1997). Por ejemplo, en Inglaterra y Gales, las desigualdades en la esperanza de vida entre los trabajadores técnicos cualificados y los trabajadores manuales no cualificados pasaron de 5,4 años en el decenio de 1970 a más de 8 años en el decenio de 1990 (Mackenbach, 2005).

Datos recientes obtenidos de los registros de Inglaterra y Gales indican que los trabajadores manuales semicualificados o no cualificados de 20 a 64 años de edad tienen tres veces más probabilidades de morir como consecuencia de una cardiopatía coronaria o un ictus que los varones de ese mismo grupo de edad que desempeñan actividades técnicas o que ocupan puestos directivos. Se estima que en Inglaterra podrían salvarse 17 000 vidas si en toda la población trabajadora masculina se redujera

la tasa de mortalidad hasta el mismo nivel que la de los varones pertenecientes a grupos técnicos y directivos (Departamento de Salud Británico, 1999). Los estudios también demuestran un gradiente en toda la sociedad y no sólo entre un grupo extremo con problemas de salud y el resto de la población con una salud razonablemente buena. Habitualmente se observa un deterioro gradual o lineal de la salud a medida que se desciende en la escala de la posición social, lo que se conoce como *gradiente social* (Marmot y cols., 1997).

Las desigualdades sociales en mortalidad pueden expresarse también en términos de probabilidad de supervivencia. Esta perspectiva puede tener una mayor repercusión política si se demuestra, por ejemplo, que “los jóvenes de 15 años que viven en las zonas más ricas de Glasgow tienen una probabilidad del 90% de vivir hasta los 65 años de edad, frente al 50% en el caso de los jóvenes que viven en las zonas más pobres” (Burns, 2005). La Secretaria de Estado de Salud del Reino Unido ha utilizado una forma aún más llamativa de describir las desigualdades sociales existentes en salud, poniendo como ejemplo que en un trayecto realizado en el metro de Londres “*desde Westminster hasta Canning Town, al este de Londres, paradas solamente separadas por ocho estaciones, la esperanza de vida de los hombres se reduce un año por cada estación. Este patrón se repite de manera similar en todos los países europeos, y es algo totalmente inaceptable en un país desarrollado y civilizado*” (Hewitt, 2005).

En Francia, los trabajadores manuales tienen dos veces más probabilidades de morir entre los 35 y los 65 años de edad que los que ocupan puestos directivos superiores (Mesrine, 1999). En Alemania, el 16% de los jóvenes de 11 a 15 años de edad con progenitores pertenecientes a la clase social más baja refirieron problemas de salud, frente al 1% de los jóvenes con progenitores de clase social alta (Klocke y Hurrelmann, 1995).

En ocasiones, las desigualdades sociales en la autopercepción de salud son incluso mayores que la brecha de mortalidad. Por ejemplo, en un estudio comparativo de 11 países de Europa Occidental se demostró que el riesgo de una mala autopercepción de salud era entre una vez y media y dos veces y media mayor en la mitad inferior de la escala socioeconómica que en la mitad superior (Mackenbach y cols., 2002). Al contrario de lo que ocurrió con las desigualdades en mortalidad durante los decenios de 1980 y 1990, estas desigualdades sociales en la valoración de la propia salud se han mantenido bastante estables en la mayoría de los países de Europa Occidental (Mackenbach, 2005).

Es importante mantener un enfoque de género al analizar las diferencias sociales en salud, ya que las mujeres de renta baja suelen soportar una doble carga de discriminación: ser pobres y ser mujeres. La dimensión del género en las crecientes desigualdades en salud se ha puesto de manifiesto en Suecia, donde las trabajadoras manuales y las funcionarias públicas de menor rango son las que más años de vida saludable han perdido desde 1980 (Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social, 2001).

Las desigualdades sociales en salud representan una parte considerable de la carga total de enfermedad que soportan los estados de bienestar en Europa Occidental. En Suecia, casi un tercio de la carga total de enfermedad es una carga diferencial originada por las desigualdades socioeconómicas en salud. Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, una gran parte de esa carga diferencial recae en los trabajadores no

cualificados. Las cardiopatías isquémicas son las que presentan la mayor diferencia absoluta entre los grupos menos y más privilegiados (Ljung y cols., 2005). Muchos países europeos presentan diferencias socioeconómicas absolutas en la mortalidad aún mayores que las de Suecia (Vågerö y Eriksson, 1997), por lo que es probable que la carga total de enfermedad debida a desigualdades en salud sea también mayor en estos países que en Suecia. En consecuencia, las intervenciones encaminadas a reducir las desigualdades en salud deben formar parte de las estrategias para mejorar el estado de salud medio del conjunto de la población. De hecho, en algunos países se está viendo claramente que no podrán conseguirse ganancias de salud para toda la población a menos que se haga un esfuerzo mayor para reducir las desigualdades sociales en salud. Así ha ocurrido en Inglaterra (con 50 millones de habitantes en 2004), donde se cree que los objetivos nacionales de salud no podrán cumplirse si no se hace un especial esfuerzo en la región noroccidental del país (7,4 millones de habitantes), que es la región con peor estado de salud y con mayor desventaja socioeconómica.

Desigualdades en salud: los NEI y los PECO

Una de las grandes tragedias de nuestro tiempo es el deterioro de la salud y las crecientes desigualdades en salud que se produjeron durante el período de transición de una economía planificada a una economía de mercado en los NEI y los PECO. La esperanza de vida en la Federación Rusa es hoy menor de lo que era hace 40 años (Vågerö, 2005). Entre 1991 y 1994 la esperanza de vida se redujo seis años en el caso de los hombres y más de tres años en el caso de las mujeres. Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de mortalidad, representando las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes el 78% de todas las muertes ocurridas en la población trabajadora en 2003 (Banco Mundial, 2005). La mayor parte de la carga de esta crisis de mortalidad ha recaído en los hombres pertenecientes a los grupos de nivel socioeconómico más bajo (Walters y Suhrcke, 2005). La esperanza de vida al nacer de la población masculina es sólo de 58 años (Banco Mundial, 2005), muy por debajo de la de otros países con un grado mucho menor de desarrollo económico, como Vietnam. Las diferencias entre las distintas regiones de la Federación Rusa también están aumentando. Entre 1990 y 2000, la diferencia entre los *oblasts* (regiones administrativas) con la mayor y la menor esperanza de vida aumentó de 10,5 años a 17,9 años (Ivaschenko, 2004).

Estas tendencias negativas en la salud en general, y en la de los hombres de un nivel socioeconómico bajo en particular, han ensanchado la brecha de salud en la esperanza de vida entre la Federación Rusa y los países de Europa Occidental de 4 a 14 años en los últimos treinta años (Banco Mundial, 2005). Las diferencias en la esperanza de vida por razón de género son también llamativas en la Federación Rusa, ya que las mujeres rusas viven casi 14 años más que los hombres rusos (Banco Mundial, 2005). La diferencia entre hombres y mujeres en los países de Europa Occidental varía entre 5 y 7 años. Estas cifras demuestran claramente que las tendencias en la transición económica actual han generado un número considerable de muertes evitables. Por ejemplo, se estima que hoy vivirían 17 millones de rusos más si las tasas de mortalidad por edades hubieran seguido las mismas pautas que en los 15 países que pertenecían a la UE antes del 1 de mayo de 2004 (Andreev, 2005).

Las tendencias rusas en la morbilidad y la discapacidad son también motivo de preocupación. Comparado con el 40% del quintil más alto, casi el 60% del quintil más bajo valora como mala o muy mala su propia salud (Encuesta NOBUS, 2003). Por otra

parte, una cohorte de mediana edad que disfrutara de una buena salud en la Federación Rusa tendría tres veces menos probabilidades de sobrevivir hasta una edad avanzada libre de discapacidad que una cohorte equivalente en Suecia (Bobak y cols., 2004).

Muchas poblaciones de otros países de Europa Oriental y Central han experimentado un deterioro de la salud – sobre todo los hombres – y un aumento de las desigualdades sociales en salud (Groenhof y cols., 1996). Estonia es uno de los países donde se ha producido un aumento muy considerable de estas desigualdades entre 1988 y 2000. Por ejemplo, el exceso de tasa de mortalidad en los adultos con el nivel socioeconómico más bajo (medido según el nivel educativo) era del 50% en 1998 y ese porcentaje había aumentado al 138% en el año 2000 (Mackenbach, 2005). En el año 2000, un universitario varón de 25 años de edad tenía una esperanza de vida 13 años mayor que un varón de la misma edad con el nivel de educación más bajo (Leinsalu, Vagero y Kunst, 2003). La diferencia correspondiente en la esperanza de vida entre mujeres universitarias y mujeres pertenecientes al grupo con el nivel más bajo de educación era de 8,6 años. Cuando se compararon los grupos con distintos niveles de educación, las mujeres con un nivel educativo bajo tenían tres veces más probabilidades de percibir su propia salud como mala que las mujeres con un nivel alto, siendo esa diferencia menos pronunciada entre los hombres con distintos niveles educativos (Walters y Suhrcke, 2005).

Otros países de Europa Oriental muestran unos patrones sociales de enfermedad parecidos. Por ejemplo, el exceso de riesgo de mortalidad en los niveles socioeconómicos más bajos es más del doble que en los grupos de nivel socioeconómico más alto en Lituania, Polonia (sólo en el caso de los hombres) y Eslovenia (Mackenbach, 2005). En Hungría se ha demostrado que el riesgo de muerte prematura entre los trabajadores manuales es el doble que entre los trabajadores no manuales (Kunst, 1997). La República Checa constituye, sin embargo, una excepción a estas tendencias negativas, ya que la tasa de mortalidad para el conjunto de la población ha mejorado, sin advertirse una tendencia negativa en los grupos de nivel socioeconómico más bajo (Mackenbach, 2005).

Una enfermedad que está estrechamente vinculada a la pobreza y a unas malas condiciones de vida es la tuberculosis. En los últimos 15 años, ha alcanzado niveles alarmantes en la mitad oriental de la Región Europea. En 2004 se declararon más de 400 000 casos de tuberculosis, dándose el 80% de ellos en sólo 16 países: los Estados bálticos, los NEI y Rumania (OMS, 2006b). Ese mismo año, la tuberculosis causó cerca de 69 000 muertes en la Región. Los PECO y los NEI tienen algunas de las tasas más altas del mundo de tuberculosis multirresistente: más de diez veces mayores que en el resto del mundo y de hasta el 14% en pacientes nuevos. De los 20 países que presentan las tasas más altas de tuberculosis multirresistente en pacientes que han recibido tratamiento previo, 14 están en la Región Europea de la OMS. La Región presenta además la tasa más alta de fracaso del tratamiento (7%) y la segunda tasa más alta de mortalidad como resultado del tratamiento (6%) (OMS, 2006b). En estos países, la carga de la tuberculosis no se distribuye por igual entre toda la población, sino que recae especialmente en los grupos más desfavorecidos. Los principales factores de riesgo de esta enfermedad en la Federación Rusa, por ejemplo, son el desempleo, la pobreza, el consumo de leche no procesada (otro indicador de pobreza), la sobrepoblación, el consumo de drogas ilícitas y la población reclusa (Coker y cols., 2006).

En un informe de la Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo se ha realizado una revisión de la literatura publicada recientemente sobre las desigualdades

socioeconómicas en salud en los PECO y los NEI (Walters y Suhrcke, 2005) y se ha demostrado claramente la existencia de desigualdades sociales importantes y cada vez mayores. Los efectos negativos en la salud que se advierten en grandes segmentos de la población son mayores en los grupos de nivel socioeconómico más bajo. En el informe se destaca la importancia de utilizar los datos actualmente disponibles, y en muchos casos infrautilizados, para describir y analizar las desigualdades sociales.

Resulta sorprendente que no se haya hecho un mayor uso de los datos del registro civil o del censo para investigar la relación entre la posición socioeconómica y la esperanza de vida, puesto que en muchos países de la región se mantiene un registro sanitario razonablemente bueno y en los certificados de defunción se registran algunos indicadores de la posición socioeconómica, habitualmente el nivel educativo.

Creciente reconocimiento del problema

Con la desigualdad como telón de fondo, cada vez son más los países y las organizaciones internacionales que ya reconocen la importancia de formular estrategias más focalizadas y comprehensivas para luchar contra la brecha de salud que existe en la Región Europea. Ahora bien, muchas de las propuestas que se han hecho para combatir las desigualdades parecen ser mera retórica, puesto que no han ido seguidas de ninguna política ni intervención integral para abordar el problema.

En algunos países, los responsables políticos pueden incluso desconocer la magnitud y las tendencias de las desigualdades en salud existentes en su población. Esta ignorancia es muy llamativa, si se piensa que la salud es una de las dimensiones más importantes del bienestar y el desarrollo del ser humano.

Una barrera para el reconocimiento del problema es que las desigualdades sociales en salud son *invisibles* en la vida cotidiana y a menudo existe la percepción de que la salud y la enfermedad golpean a nuestras familias y amigos de forma bastante aleatoria. Si pudiéramos saber quién va a vivir y quién va a morir prematuramente debido a una causa evitable, lo más probable es que esa *visibilidad* cambiara la política sanitaria radicalmente.

Precisamente esa *invisibilidad* es la que determina la necesidad urgente no sólo de mejorar los sistemas de información sanitaria, sino también de dar a conocer sus resultados a los políticos y al conjunto de la población. Ya se están produciendo algunas mejoras. En el futuro, por ejemplo, el Sistema de Información Sanitaria de la UE permitirá a los Estados miembros tener un conocimiento mucho más sofisticado de las desigualdades en salud, tanto en sus respectivos países como en comparación con otras regiones de Europa (Kyprianou, 2005).

No obstante, siguen precisándose esfuerzos importantes en los ámbitos local, nacional e internacional para dar a la posición social la misma consideración que a la edad y al sexo en los análisis descriptivos de la morbilidad y la mortalidad. Esto es importante porque la información sobre las desigualdades sociales en salud es valiosa no sólo para formular y evaluar estrategias de salud, sino también para decidir la manera de distribuir los recursos disponibles entre los servicios sanitarios en función de las necesidades. Los datos sobre la brecha de salud pueden tener también una importancia crítica en la formulación de políticas sociales de carácter general. Por ejemplo, la esperanza de vida más corta de los trabajadores manuales en comparación con el resto de la población ha sido un argumento importante para adelantar un año la edad de jubilación de los

trabajadores manuales en una reforma reciente del sistema de pensiones italiano (Costa y cols., 2006). Por último, las desigualdades en salud y su evolución en el tiempo pueden utilizarse como indicadores del desarrollo social general en un país.

Recomendaciones políticas para el análisis de las desigualdades en salud

- Siempre que sea posible, se deben utilizar diferencias absolutas y relativas para expresar las desigualdades en salud. Esta distinción es especialmente importante desde una perspectiva política, ya que las estrategias dirigidas al bienestar general tratan de actuar sobre las desigualdades absolutas en salud, cuando lo que se necesitan son, además de estrategias generales, estrategias orientadas a la equidad para reducir las diferencias relativas de salud
- Se deben utilizar la renta, la profesión o la educación para medir la posición social. Todas ellas funcionan relativamente bien como indicadores de la posición social en las sociedades europeas, aunque tienen sus inconvenientes. En la práctica, la decisión suele depender de los datos que sean más fáciles de obtener con los sistemas de información disponibles en un país.
- Si no se dispone de datos sobre la salud de los distintos grupos socioeconómicos, se debe utilizar el estado de salud en las zonas económicamente más y menos privilegiadas como indicador de las desigualdades sociales en salud. El argumento contrario – que no se pueden formular políticas orientadas a la equidad si no hay datos sobre salud vinculados a la posición social – puede y debe ser rechazado siempre.
- Se debe garantizar que los sistemas de información sanitaria proporcionen datos sobre la distribución de las distintas causas de mortalidad y de los problemas de salud percibidos, desglosados atendiendo a la posición social y no sólo a la edad y al sexo. Siempre que sea posible, se deben considerar la posición social y el género al mismo tiempo, puesto que tanto la magnitud como las causas de las desigualdades sociales observadas en salud suelen diferir entre niños u hombres y niñas o mujeres.
- Se deben desarrollar sistemas e indicadores específicos para vigilar y analizar los determinantes sociales de la salud en general. En concreto, la atención debe centrarse en los determinantes de las desigualdades sociales en salud, es decir, en los determinantes que reducen o aumentan significativamente dichas desigualdades.
- Se deben publicar revisiones periódicas – informes de salud pública – que incluyan descripciones analíticas exhaustivas de la magnitud y las tendencias de las desigualdades en salud y los principales determinantes que las generan. En muchos países se han publicado ya distintos tipos de informes periódicos de salud pública y en la Cumbre de la UE sobre la lucha contra las desigualdades en salud, celebrada en octubre de 2005, se recomendó la publicación de este tipo de informes cada cinco años.
- Se deben realizar proyecciones de vidas salvadas o mejoras en la salud cuando se consideren políticas alternativas para actuar sobre un determinante de la salud en particular. Estas proyecciones ya se hacen en algunos países cuando se evalúan distintas medidas de seguridad vial. Las evaluaciones prospectivas del impacto en la salud podrían extenderse a otros determinantes de la salud e incorporar una perspectiva de equidad.

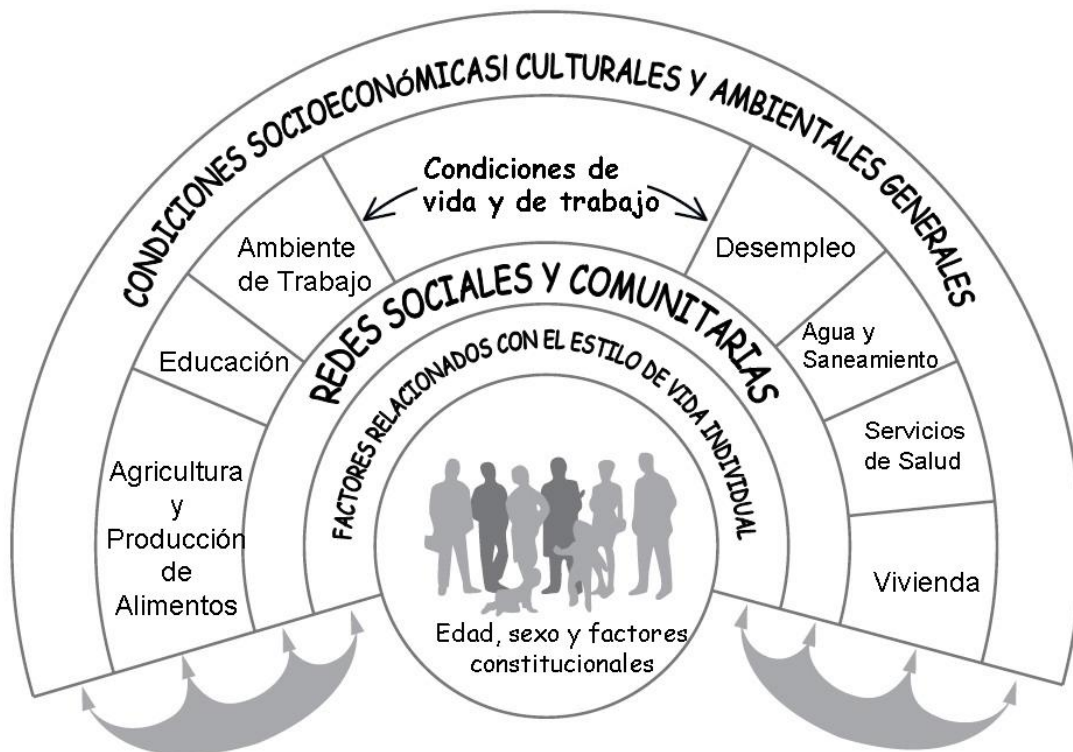
II. Identificación de las causas primarias

Antes de poder formular políticas más eficaces para actuar contra las causas primarias (determinantes) de las desigualdades sociales observadas en salud, hay que saber cuáles son esas causas. Conceptualmente, sin embargo, los determinantes de la salud de la población general se han mezclado en muchos casos con los determinantes de las desigualdades sociales en salud, y unos y otros se han tratado igual a efectos de consideraciones políticas. El peligro de este planteamiento es que la política resultante tiende a ser muy general e ineficaz para reducir la brecha de salud. En la presente sección, por tanto, se intenta dejar clara esa distinción. Se empiezan examinando los principales determinantes generales de la salud. Seguidamente se explican los cinco mecanismos básicos a través de los cuales actúan esos determinantes para causar desigualdades sociales en salud. Se explican también las implicaciones de cada uno de los cinco grandes determinantes de las desigualdades en salud para las políticas y estrategias orientadas a la equidad.

Determinantes de la salud

Los determinantes de la salud general de la población pueden conceptualizarse como estratos de influencia similares a un arco iris (Figura 1).

Figura 1. Principales determinantes de la salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

En el centro de la figura, los individuos tienen una edad, un sexo y unas características constitucionales que influyen en su salud y que no son modificables. En cambio, en torno a ellos hay influencias que, en teoría, pueden ser modificadas por medio de la acción política. En primer lugar están los factores relacionados con la conducta

personal, como el hábito de fumar y la actividad física. En segundo lugar, los individuos interaccionan con las personas de su entorno y con la comunidad inmediata y se ven influidos por ellas, lo cual se representa en el segundo estrato. Seguidamente, la capacidad de una persona para mantener su salud (en el tercer estrato) se ve influida por las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación y el acceso a bienes y servicios esenciales. Por último, como mediadores de la salud de la población, las influencias económicas, culturales y medioambientales actúan sobre el conjunto de la sociedad. Este modelo que describe los determinantes de la salud hace hincapié en las interacciones: los estilos de vida individuales se integran en unas normas y redes sociales, así como en unas condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general.

Los determinantes de la salud que pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas y pueden ser factores beneficiosos para la salud, factores de protección o factores de riesgo.

Factores positivos para la salud. Estos factores contribuyen al mantenimiento de la salud. Algunos de los fundamentales son, por ejemplo, la seguridad económica, una vivienda digna y la seguridad alimentaria. El control sobre los acontecimientos de la vida y disfrutar de unas buenas relaciones familiares y otras relaciones sociales que producen una gratificación emocional son también importantes factores positivos para la salud (Wilkinson, 2005).

Factores de protección. Estos factores eliminan el riesgo de enfermedad o facilitan la resistencia a ella. El ejemplo clásico es la vacunación contra algunas enfermedades infecciosas. Asimismo, factores psicosociales como el apoyo social y un sentido de finalidad y dirección en la vida ayudan a proteger la salud (OMS, 2002). Las dietas sanas, como la dieta mediterránea caracterizada por un alto consumo de fruta y aceite de oliva, son también protectoras (Costa y cols., 2006).

Factores o condiciones de riesgo. Estos factores causan problemas de salud y enfermedades que en teoría podrían prevenirse. Pueden ser sociales o económicos, o asociarse a riesgos para la salud específicos de un entorno o estilo de vida, como la contaminación atmosférica o el hábito de fumar.

En la práctica, la distinción entre estas categorías de determinantes puede resultar difícil. Puesto que la atención se centra normalmente en los factores de riesgo, conviene tratar de identificar también los factores positivos y protectores. La importancia de adoptar una perspectiva holística de los determinantes de la salud se ilustra por el tipo de enfoque adoptado cuando se considera un grupo expuesto a un cierto factor de riesgo; por ejemplo, 5 personas se ponen enfermas y 95 siguen gozando de buena salud. La investigación médica suele centrarse en la pregunta de por qué hay 5 personas que se ponen enfermas, cuando es tan importante o más saber qué factores han protegido a las otras 95 que, a pesar de haber estado expuestas, han seguido gozando de una buena salud.

Para establecer prioridades y proponer intervenciones y estrategias adecuadas, se debe evaluar la importancia de la contribución de distintos factores de riesgo a la carga total de enfermedad. La OMS ha realizado este tipo de evaluación del riesgo (2002). En la **Tabla 1** se indican los 10 principales factores que contribuyen a la carga total de enfermedad en Europa, según la OMS. Todos ellos pueden considerarse factores de

riesgo *individuales* relacionados con la conducta y proporcionan sólo una base parcial, puesto que los determinantes de la salud más *generales* que aparecen en la columna derecha de la tabla no se han cuantificado en el análisis de la OMS.

Una estrategia de salud global para un cierto país debe incluir, por supuesto, tanto los determinantes generales como los individuales de la salud, así como las relaciones entre ellos, ya que suelen estar estrechamente vinculados entre sí. Por ejemplo, los análisis de los determinantes económicos y sociales generales que influyen negativamente en la salud tienen que vincularse a las causas individuales de ciertas enfermedades y problemas de salud. Y a la inversa, los determinantes individuales de la salud, como unos estilos de vida poco saludables, deben situarse en el contexto de sus influencias más generales. El éxito de los programas de control del tabaco en muchos países puede atribuirse a unas políticas que han actuado tanto sobre los determinantes generales, con medidas legislativas e impuestos sobre el tabaco, como sobre los determinantes individuales, con programas de educación para la salud y de abandono del consumo de tabaco.

Tabla 1

Factores importantes que contribuyen a la carga total de enfermedad en la Región Europea de la OMS, 2002.

Individuales	Generales
<p>Diez factores de riesgo conductuales en Europa, según la OMS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabaco 2. Hipertensión 3. Consumo excesivo de alcohol 4. Hipercolesterolemia 5. Sobrepeso 6. Consumo insuficiente de frutas y verduras 7. Inactividad física 8. Abuso de drogas 9. Sexo inseguro 10. Deficiencia de hierro <p><i>Fuente:</i> OMS (2002)</p>	<p>Riesgos más generales para la salud que no han sido considerados en análisis cuantitativos concretos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticas neoliberales de comercio internacional - Desigualdades en renta - Pobreza - Riesgos para la salud relacionados con el trabajo - Falta de cohesión social

Tabla 2**Porcentaje de la carga total de enfermedad causada por condiciones y factores de riesgo específicos en la UE y en Suecia, 1997**

Condición/factor de riesgo	UE	Suecia
Tabaco	9,0	8,0
Alcohol	8,4	3,5
Obesidad	3,7	2,8
Ambiente de trabajo	3,6	2,2
Dieta: Consumo insuficiente de frutas y verduras	3,5	3,5
Pobreza relativa	3,1	1,2
Desempleo	2,9	2,4
Narcóticos	2,4	1,7
Ejercicio físico insuficiente	1,4	1,4
Dieta: excesivo consumo de grasas perjudiciales para la salud	1,1	1,5

Fuente: Adaptado de Diderichsen, Dahlgren y Vågerö (1997).

La importancia de un determinado factor de riesgo, ya sea individual o general, puede variar mucho de un país a otro en Europa. En la **Tabla 2** se observa, por ejemplo, que en Suecia el impacto negativo del alcohol en la carga de enfermedad no llega ni a la mitad del impacto que tiene en el conjunto de los 15 países que pertenecían a la UE antes del 1 de mayo de 2004. Cada país tiene que evaluar qué determinantes de la salud son más importantes en su contexto nacional.

Determinantes de las desigualdades sociales en salud

El conocimiento de los determinantes sociales de la salud (indicados en las Figuras 1 y 2) es necesario, pero no suficiente, para identificar y analizar los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Los factores causales tienen que analizarse más a fondo, *ya que los determinantes de las desigualdades en salud pueden ser diferentes a los determinantes sociales de la salud para el conjunto de la población; es decir, los determinantes más importantes de la salud pueden diferir en los distintos grupos socioeconómicos*. Por ejemplo, en Suecia un entorno físico de trabajo poco saludable constituye un factor de riesgo importante para los trabajadores no cualificados, pero no para los altos funcionarios ni para el conjunto de la población (Lundberg, 1991).

La pobreza es otro ejemplo. En un país de renta alta, puede contribuir sólo en pequeña medida como determinante de la salud general de la población. La magnitud de esa contribución dependerá de cuántas personas vivan por debajo del umbral de la pobreza en ese país. Por ejemplo, en un país en el que la prevalencia de la pobreza sea pequeña, ésta puede contribuir con sólo el 2% a la carga total de enfermedad que soporta la población. Sin embargo, al mismo tiempo podría explicar el 10% de la diferencia en la carga de enfermedad soportada por los grupos de renta alta y baja en ese país. Esto es así porque la pobreza constituye siempre un importante riesgo para la salud de los pobres, mientras que, por definición, no afecta a los más privilegiados.

En resumen, es muy importante distinguir entre los determinantes sociales de la salud general de la población y los determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Una forma de conocer las causas primarias (determinantes) de las desigualdades sociales en salud es analizar las diferentes vías y mecanismos a través de los cuales actúan los factores o condiciones de riesgo conocidos para generar los gradientes sociales en salud que se observan en un país (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2001). Aplicando y desarrollando aún más el planteamiento de Diderichsen, se pueden identificar los siguientes cinco mecanismos o vías que dan lugar a desigualdades sociales en salud en un país.

1. Distintos niveles de poder y de recursos

La posición social, determinada por el nivel educativo, la profesión o los recursos económicos, ejerce una poderosa influencia sobre el tipo, la magnitud y la distribución de los riesgos para la salud que experimentan los distintos grupos socioeconómicos. Los grupos privilegiados suelen tener más poder y oportunidades para disfrutar de una vida saludable que los menos privilegiados. Por tanto, la posición social es, en sí misma, un importante determinante de las desigualdades sociales en salud (Link y Phelan, 1996). Esta estratificación suele ser más marcada cuando las divisiones sociales en la sociedad son mayores. Se refleja también en las estructuras jurídicas e institucionales, así como en las fuerzas políticas y del mercado.

Los determinantes de las desigualdades sociales en salud generadas por distintos niveles de poder y de recursos sólo pueden entenderse y medirse a escala de grupo o de sociedad (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2001). Las iniciativas dirigidas a reducir las diferencias en la educación o en la renta entre los grupos socioeconómicos tendrán probablemente un efecto positivo para la equidad en la salud, ya que aumentarán el poder (y las oportunidades) de los grupos menos privilegiados para escapar de unas condiciones de vida y de trabajo poco saludables. La educación puede favorecer también el entendimiento entre sectores distintos de la sociedad y ayudar así a reducir la distancia entre grupos, como se explica en la sección de educación, en la Parte II de este informe.

Los efectos psicosociales de la posición social han recibido también una creciente atención en la investigación de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. La posición social se ha empezado a ver como un determinante de la salud por derecho propio, como lo ha expresado Richard Wilkinson: “Influye enormemente en que las personas se sientan valoradas, apreciadas y necesarias o, por el contrario, en que se sientan menospreciadas, tratadas como seres insignificantes, no respetadas, estigmatizadas y humilladas” (Wilkinson, 2005).

Los datos empíricos indican que las personas con una posición socioeconómica baja experimentan, por término medio, un mayor estrés psicosocial relacionado con sus dificultades económicas y con desequilibrios en la relación esfuerzo-gratificación; asimismo, soportan una situación en la vida o en el trabajo caracterizada por unas altas demandas y una falta de control. Como explica Johan Mackenbach, estas formas de estrés psicosocial pueden causar a su vez problemas de salud, ya sea por medio de procesos biológicos (por ejemplo, si afectan al sistema endocrino o inmunitario) o por medio de procesos conductuales (por ejemplo, si inducen conductas de riesgo) (Mackenbach, 2005).

La realidad es que los determinantes psicosociales de la salud, como la falta de control en el lugar de trabajo, la falta de apoyo social y la inseguridad en la vivienda, que

generan un estrés perjudicial para la salud, están *socialmente estructurados* – esto es, relacionados con la posición social – y, por tanto, suelen ser más frecuentes entre las personas con una baja posición social que en las personas con una alta posición social.

El hecho de que las desigualdades sociales en salud tengan sus raíces en el contexto social y en la estructura de clases de la sociedad *no* implica que sólo si se cambia esa estructura de clases puedan reducirse las diferencias socioeconómicas en salud. Ahora bien, sí implica que los procesos capaces de reducir las diferencias entre distintos segmentos de la población reduzcan probablemente también las desigualdades en salud.

De esta forma aumentará la libertad y el poder de las personas con menos posibilidades de controlar e influir en su propia vida y en la sociedad (Dahlgren, 2003b). Así pues, la democracia política y económica, así como otros sistemas que dan poder a los menos poderosos, deben formar parte de las estrategias globales de lucha contra las desigualdades sociales de salud. Se debe prestar también especial atención a las posibilidades de aumentar la influencia de los menos poderosos en los mercados comerciales, ya que en ellos se suministran bienes y servicios sólo a los que pueden expresar sus necesidades y demandas porque tienen poder adquisitivo.

2. Distintos niveles de exposición a riesgos para la salud

La razón más evidente por la que los riesgos de sufrir la mayoría de las enfermedades difieren según el grupo socioeconómico es la diferente exposición a los factores que causan o previenen dichas enfermedades. La exposición a casi todos los factores de riesgo (materiales, psicosociales y conductuales) está inversamente relacionada con la posición social – es decir, cuanto más baja es la posición social, mayor es la exposición a distintos riesgos para la salud – y da lugar al conocido gradiente social en la salud. Por el contrario, las personas que tienen un mayor acceso a recursos, son también las que tienen las mayores posibilidades de evitar los riesgos, las enfermedades y las consecuencias negativas del deterioro de la salud (Link y Phelan, 1995). La distribución desigual de los determinantes socioeconómicos de la salud, como la renta, el empleo, la educación y unas buenas condiciones de vivienda, debe recibir la debida consideración en las estrategias de reducción de las desigualdades en salud (Graham, 2000).

Para facilitar la reducción de las desigualdades en salud, debe analizarse, siempre que sea posible, la exposición a distintos factores de riesgo en cada grupo socioeconómico. De esa forma se verá claramente qué factores de riesgo son importantes en cada grupo y si difieren de los factores de riesgo importantes para el conjunto de la población. Por ejemplo, un informe francés ha demostrado que los factores de riesgo en el trabajo están relacionados con el 20% de todos los cánceres (salvo el cáncer de pulmón) en el caso de los trabajadores manuales, pero sólo con el 5% de los cánceres en el conjunto de la población (Haut Comite de la Sante Publique, 1998). En consecuencia, la mejora de las condiciones de trabajo tiene más importancia en una política sanitaria orientada a la equidad que en una política que únicamente pretenda mejorar la salud general de la población.

En Europa, estas distribuciones desiguales tienen importantes consecuencias para la equidad en la salud, ya que casi todos los factores de riesgo presentan un gradiente social inverso muy pronunciado, que incluye factores relacionados con el estilo de vida, como el hábito de fumar y el consumo excesivo de alcohol. Por el contrario, conductas

saludables como la lactancia suelen disminuir a medida que se desciende en la escala de la posición social.

Es también importante tratar de entender *por qué* existe un gradiente social en la exposición a distintos riesgos para la salud, y en los factores que promueven y protegen la salud.

Siempre que sea posible, hay que tratar de descubrir las causas primarias, porque el conocimiento de esas fuerzas motrices tiene una importancia crítica para formular estrategias orientadas a la equidad en la salud. De esta forma probablemente se conseguirá centrar la atención en las estructuras generales del poder económico y político de un país. En el ejemplo anterior sobre el aumento del riesgo de cáncer en los trabajadores manuales franceses, una intervención podría centrarse en la manera de aumentar el poder de los sindicatos o de las autoridades gubernamentales para reducir el riesgo de cáncer en el lugar de trabajo, incluso con la oposición de los empresarios.

La existencia de un claro gradiente social en un determinante de la salud tiene como implicación política la posible necesidad de intervenciones especiales y recursos económicos adicionales – así como métodos y estrategias especiales – para reducir los riesgos para la salud de las personas en situación de mayor riesgo. Ahora bien, eso no significa que la intervención deba dirigirse únicamente a esos grupos. Por el contrario, esas iniciativas especiales tienen que beneficiar al conjunto de la población y, al mismo tiempo, reducir las desigualdades sociales en salud. La necesidad de políticas que *desarrollen el máximo potencial en salud para toda la población* se traduce en la necesidad de reducir y eliminar, en la medida de lo posible, los riesgos profesionales para la salud en todos los lugares de trabajo.

Las estrategias explícitamente orientadas a la equidad son también necesarias en programas específicos de salud pública. Por ejemplo, deben constituir una dimensión importante de los programas de control del tabaco en países en los que la proporción de fumadores se ha ido reduciendo y, aun así, las desigualdades sociales en el consumo de tabaco han seguido aumentando. La explicación es que el consumo de tabaco se ha reducido sobre todo en los grupos de renta alta y media, pero se ha mantenido igual o ha aumentado en los grupos de renta baja, sobre todo entre las mujeres de renta baja en algunos países. Lo que ahora se necesitan son programas generales de control del tabaco que incorporen un enfoque de género para actuar sobre los determinantes sociales relacionados con el consumo de tabaco, como el estrés negativo asociado a las condiciones de vida y de trabajo

3. Efectos diferentes con el mismo nivel de exposición

El mismo grado de exposición a un cierto factor de riesgo puede tener efectos distintos según el grupo socioeconómico. Por ejemplo, en Suecia, un grado similar de consumo excesivo de alcohol, medido en unidades de alcohol puro, causa entre dos y tres veces más enfermedades y accidentes relacionados con el alcohol entre los trabajadores manuales varones que entre los funcionarios varones (Hemmingsson y cols., 1998). Esta diferencia de efectos entre grupos puede explicarse por diferencias en los patrones de consumo de alcohol y en los sistemas de apoyo social en el trabajo y en el hogar. Por consiguiente, las políticas de reducción de las desigualdades sociales en salud causadas por estas diferencias de efecto deben dirigirse al entorno social, cultural y económico, aparte de a la reducción de un sólo factor de riesgo específico. Para ello es posible que

se necesite apoyo social y económico, además de intervenciones relacionadas directamente con la oferta o la demanda de productos alcohólicos (véase la subsección sobre el consumo excesivo de alcohol en la Parte II).

Las diferencias en el efecto pueden deberse también a la mayor probabilidad que tienen los grupos de renta baja de verse expuestos simultáneamente a varios factores de riesgo que se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, el estrés prolongado puede aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas, ya que causa una depresión del sistema inmunitario (Wilkinson, 2005). El riesgo relativo de contraer enfermedades no transmisibles puede aumentar también si se combinan distintos factores de riesgo. El Ministerio de Salud de la Federación Rusa ha estimado que la combinación de factores multiplica entre cinco y siete veces el riesgo de mortalidad cardiovascular (Ministerio ruso de Salud Pública, 1997).

La identificación de las causas de las desigualdades sociales en salud exige la adopción de una perspectiva más amplia, ya que esas desigualdades se generan por la suma de los efectos de muchos factores distintos, como la exclusión social, una renta baja, el consumo excesivo de alcohol y la dificultad de acceso a los servicios sanitarios.

Los efectos sinérgicos de la combinación de varios factores de riesgo, típicos de los grupos de renta baja, se han investigado poco. El Grupo de trabajo de la OMS sobre las prioridades de la investigación en equidad en salud ha recomendado que se priorice la investigación centrada en las interrelaciones entre los factores que modifican las probabilidades de conseguir o mantener una buena salud en el contexto individual y en el social (Grupo de trabajo de la OMS sobre las prioridades de la investigación en equidad en salud y el Equipo de la OMS para la equidad, 2005). Se cree que estos efectos sinérgicos se dan en los grupos de renta baja expuestos a una combinación de factores de riesgo que actúan simultáneamente, como el estrés económico causado por unos ingresos insuficientes, unas malas condiciones de vivienda, el consumo de tabaco y la obesidad. Es también muy probable que la posibilidad percibida de *hacer algo* se reduzca al aumentar la carga de factores de riesgo.

Cuando se intenta actuar sobre la suma de varios factores de riesgo, una consideración política fundamental es la identificación de los puntos donde debe actuarse para reducir o eliminar los efectos sinérgicos y la creación de *un paquete* de políticas e intervenciones que rompan el círculo vicioso de la mala salud. Esto plantea un reto importante para el diseño y la implantación de programas sanitarios de base comunitaria, como las estrategias de renovación de un barrio.

4. Efectos a lo largo del ciclo vital

La desigualdad social en salud en un país puede analizarse también desde una perspectiva de ciclo vital, si consideramos el resultado acumulativo de todas las vías antes descritas, que actúan e interaccionan entre sí a lo largo de la vida de una persona. Muchos problemas de salud en la vida adulta tienen su origen en acontecimientos ocurridos en los primeros años de vida y las circunstancias materiales en esos primeros años son factores que predicen mejor el estado futuro de salud que la posición social de adulto (Lynch, Kaplan y Salonen, 1997; Eriksson y cols., 1999). Se ha demostrado también que las privaciones durante la infancia se asocian a problemas de salud en la vida adulta; esto ocurre, por ejemplo, en los PECO y los NEI (Walters y Suhrcke, 2005).

Estos efectos a lo largo del ciclo vital pueden transmitirse de padres a hijos, ya que están estrechamente relacionados con el entorno social. Por ejemplo, la posición social de los progenitores influye en los logros educativos de sus hijos, y éstos influyen a su vez en las condiciones de trabajo y en los niveles salariales de los hijos cuando se hacen mayores. Algunos factores de riesgo específicos se transmiten de una generación a la siguiente (Power y Matthews, 1997). Por ejemplo, el hecho de que cada vez más mujeres de la clase trabajadora fumen durante el embarazo explica en parte las elevadas tasas de bajo peso al nacer en los grupos con un nivel socioeconómico más bajo, que en el futuro, aumentará el riesgo (y las desigualdades sociales en salud) de cardiopatía coronaria, ictus, hipertensión y diabetes no insulino dependiente cuando los niños crezcan.

Las enfermedades crónicas durante la infancia – más frecuentes en los hijos de trabajadores manuales – pueden tener consecuencias a largo plazo para la salud en etapas posteriores de la vida. Unas circunstancias socioeconómicas desfavorables se asocian también a estilos de vida perjudiciales para la salud durante la adolescencia, como el consumo de tabaco.

Estos efectos acumulativos a lo largo del ciclo vital explican las variaciones que se observan en la salud y en la esperanza de vida dependiendo de la posición socioeconómica (OMS, 2002). Desde una perspectiva política, destaca la importancia de unas intervenciones muy precoces como estrategia fundamental para la prevención de los procesos que aumentan el riesgo de que aparezcan problemas de salud más adelante. Debe prestarse especial atención a la pobreza de los progenitores, ya que puede iniciar una cadena de riesgos sociales que perjudique a la salud de por vida. Así pues, las políticas de bienestar tienen “que ofrecer no sólo redes de seguridad, sino también trampolines que compensen las desventajas de partida” (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005c). Estas estrategias de reducción de las desigualdades en salud durante la infancia deben tratar de desarrollar el máximo potencial de salud respecto a los niveles de vida y considerar intervenciones específicas de promoción de la salud infantil en los grupos de un nivel socioeconómico más bajo, así como intervenciones dirigidas a mejorar la salud infantil en el conjunto de la población (Mielk, Graham y Bremberg, 2002). Uno de los retos mayores que plantea la reducción de las desigualdades sociales en salud es reducir las causas intergeneracionales de la pobreza y aumentar las posibilidades de disfrutar una infancia saludable y positiva.

5. Diferencias en los efectos sociales y económicos de la enfermedad

Una quinta vía posible para luchar contra las desigualdades sociales en salud tiene que ver con las diferentes consecuencias sociales y económicas de la enfermedad. Los problemas de salud pueden tener muchas consecuencias negativas para la vida y el sustento de las personas, como la pérdida de ingresos por trabajo, la pérdida de empleo y el aislamiento o la exclusión social a los que llevan el desempleo o las restricciones en la actividad como consecuencia de una enfermedad. Al mismo tiempo, las personas enfermas pueden tener que soportar cargas económicas adicionales causadas por unos elevados desembolsos necesarios para pagar la asistencia sanitaria y los medicamentos que necesitan. Todas estas consecuencias negativas de la enfermedad dan lugar, en muchos casos, a una espiral descendente que resulta aún más dañina para la salud.

La existencia de un gradiente social, con mayores consecuencias socioeconómicas adversas a medida que se desciende en la escala de la posición socioeconómica, puede

contribuir a las desigualdades sociales observadas en salud. Esto se ha demostrado en Suecia y en el Reino Unido, donde existe un gradiente social en las tasas de empleo de las personas con enfermedades o discapacidades crónicas. En ambos países, la posibilidad de encontrar empleo disminuye a medida que desciende la posición socioeconómica, si bien los efectos negativos de este gradiente son más marcados en el Reino Unido que en Suecia (Lindholm, Burström y Diderichsen, 2002; Burström y cols., 2003).

En los grupos de nivel socioeconómico más alto son mayores las probabilidades de conservar el empleo a pesar de sufrir problemas de salud que en los grupos con un nivel socioeconómico más bajo y con problemas similares de salud (Lindholm, Burström y Diderichsen, 2002). Además, el riesgo de perder los ingresos derivados del trabajo parece estar inversamente relacionado con el salario inicial. Los riesgos de estrés económico y de enfermedades relacionadas con la pobreza son aún mayores en los grupos de nivel socioeconómico más bajo, sobre todo en países con redes de protección económica inadecuadas para los que no pueden trabajar por problemas de salud.

En esta vía, las intervenciones políticas pueden dirigirse a mejorar los sistemas de ayuda económica para mitigar la pérdida de ingresos causada por los problemas de salud, y a unos programas eficaces de reinserción y reciclaje profesional (Diderichsen, 2002).

Recomendaciones políticas sobre los determinantes de las desigualdades en salud

Las siguientes recomendaciones van dirigidas a investigadores y responsables políticos.

- Hay una necesidad urgente de investigar más a fondo los mecanismos concretos a través de los cuales los determinantes de la salud generan desigualdades en salud.
- Se debe prestar especial atención al grado en que las diferencias sociales en los niveles de vida se asocian a determinantes psicosociales de la salud, que a su vez pueden causar enfermedades y problemas de salud debido, por ejemplo, a estrés crónico.
- Se debe dar una prioridad alta a la investigación centrada en los efectos sinérgicos de distintos factores de riesgo, sobre todo en los grupos de renta baja. Los estudios de cohortes longitudinales permiten analizar los determinantes de desigualdades sociales en salud desde la perspectiva de ciclo vital.
- Se debe intensificar la divulgación de información sobre los principales determinantes de las desigualdades sociales en salud, con un lenguaje que puedan entender las personas sin conocimientos en epidemiología o salud pública. Se debe explicar y destacar la importancia que tiene la distinción entre los determinantes de la salud y los determinantes de desigualdades sociales en salud en la población.
- Se tienen que perfeccionar los métodos de evaluación del impacto en la salud para reflejar los efectos positivos y negativos en la salud desglosados según la edad, el sexo y la posición social.
- En cualquier análisis que se haga de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, es importante tratar de evaluar el período de latencia – tiempo transcurrido

entre el cambio en la exposición y su impacto en la salud – para no pasar por alto efectos cruciales si se adopta un horizonte temporal demasiado corto.

- ya se ha investigado lo suficiente como para poder actuar con eficacia, aunque sea muy importante seguir investigando. Puede que los datos no sean perfectos, pero ahora son necesarias medidas preventivas y protectoras. Las estrategias para la lucha contra las desigualdades sociales en salud tienen en común con cualquier otra estrategia económica o social la necesidad de basarse en los mejores datos disponibles, y a su vez permanecer abiertas al cambio, incorporando las experiencias adicionales y resultados de nuevas investigaciones.

Parte B. Intervenciones políticas y experiencias

Una vez examinadas las distintas causas de las desigualdades sociales en salud, en esta sección del documento se explican algunas intervenciones políticas que pueden llevarse a cabo para abordar el problema. Es útil considerar cada uno de los estratos de influencia que constituyen el arco iris de la Figura 1, evaluar los respectivos impactos en las desigualdades sociales en salud y, por último, aprovechar las lecciones aprendidas en experiencias previas para futuras actuaciones. En las siguientes secciones examinaremos cada uno de los cuatro estratos del arco iris.

Es imposible abarcar los resultados de todas las investigaciones importantes que se han realizado sobre las desigualdades sociales en salud y de las intervenciones que se han llevado a cabo para reducirlas desde principios del decenio de 1990. En su lugar, el análisis en esta parte del documento tiene como finalidad ilustrar distintos enfoques y presentar intervenciones políticas como ejemplos esclarecedores.

Estrato 1. El entorno macropolítico

Las fuerzas motrices que generan desigualdades sociales en salud están, en su mayor parte, relacionadas con el entorno macropolítico, en el estrato más exterior del "arco iris" que se muestra al lado. En él se enmarcan las estrategias neoliberales de crecimiento económico que han ampliado las desigualdades de renta y han contribuido a aumentar la pobreza. La creciente globalización de las economías nacionales ha limitado las posibilidades que tienen los gobiernos nacionales para influir en esas tendencias. Al mismo tiempo, las medidas adoptadas por los grandes agentes de los mercados financieros tienen una importancia cada vez mayor, no sólo en esos mercados, sino también en el desarrollo económico y social global. Según *The Economist* (2006):



limitado las posibilidades que tienen los gobiernos nacionales para influir en esas tendencias. Al mismo tiempo, las medidas adoptadas por los grandes agentes de los mercados financieros tienen una importancia cada vez mayor, no sólo en esos mercados, sino también en el desarrollo económico y social global. Según *The Economist* (2006):

“La globalización ha inclinado además la balanza del poder en el mercado de trabajo a favor de las empresas. Permite a éstas acceder a mano de obra barata en otros países; y la amenaza de trasladar una mayor parte de la producción al extranjero las ayuda también a contener los salarios en su país. Esta es la única razón por la que, aun habiéndose obtenido unos beneficios sin precedentes, los salarios reales en Alemania se han reducido en los últimos dos años, lo cual, a su vez, ha frenado el crecimiento del gasto nacional y, por tanto, del PIB [producto interior bruto]. ...En otras palabras, la antigua relación entre prosperidad empresarial y nacional se ha roto”.

Desde la perspectiva de la equidad en la salud, la nueva situación exige actuaciones intensificadas para reforzar las organizaciones internacionales y la cooperación mundial, así como para prestar una especial atención a la forma en que las políticas económicas pueden promover el desarrollo humano y reducir las desigualdades sociales.

Las consecuencias de estos determinantes *generales* de la salud y de las desigualdades sociales en salud rara vez se evalúan, puesto que el problema suele abordarse únicamente desde la perspectiva de los efectos de las intervenciones en determinantes *individuales* específicos. Por tanto, tienen que redoblarse los esfuerzos para identificar y, siempre que sea posible, cuantificar los efectos de las diversas estrategias de crecimiento económico, las desigualdades en renta y la pobreza en la salud de los distintos grupos socioeconómicos.

Así pues, debe darse una prioridad alta— como ha recomendado el Grupo de Trabajo de la OMS — a la investigación de los factores y procesos globales que afectan a la equidad en la salud o condicionan a los países en su lucha contra las desigualdades en salud dentro de sus propias fronteras (Grupo de Trabajo de la OMS sobre las Prioridades para la Investigación de la Equidad en Salud y Equipo de la OMS para la Equidad, 2005).

I. Estrategias de crecimiento económico

Existe una relación mutua entre el crecimiento económico y la salud, ya que el desarrollo económico puede promover la salud y la mejora de la salud puede promover el crecimiento económico. La perspectiva de la equidad en la salud tiene una importancia estratégica en estas dos relaciones.

El crecimiento económico como determinante de la salud

A la larga, la salud de la población mejora con el desarrollo económico de un país. Sin embargo, esta tendencia varía considerablemente, ya que algunos países con el mismo nivel de desarrollo económico alcanzan niveles muy distintos de esperanza de vida y de mortalidad infantil. Por el contrario, algunos países con un producto interior bruto (PIB) por habitante mucho menor han conseguido un estado de salud similar al de países mucho más ricos (Sen, 2001). Así pues, la mejora de la salud no es un resultado automático del desarrollo económico. El grado de mejora de la salud con el crecimiento económico depende en gran medida de las políticas de desarrollo que se adopten en los ámbitos local, nacional e internacional.

Por consiguiente, debe hacerse una clara distinción entre las estrategias de desarrollo económico que benefician más o menos a la salud, o que incluso la perjudican. La relación positiva entre crecimiento económico y mejora de la salud viene determinada en gran medida por el grado en que los recursos económicos generados elevan el nivel de vida de los grupos de renta baja y se invierten en sistemas públicos de salud y educación (Anand y Ravillion, 1993). Si el crecimiento económico aumenta sobre todo la renta de los grupos ya privilegiados y los servicios sanitarios públicos se ven claramente infradotados, la relación positiva entre crecimiento económico y mejora de la salud se debilita o incluso desaparece (Sen, 2001). El resultado son unas altas tasas de mortalidad y morbilidad entre los grupos desfavorecidos de países muy ricos. Estados Unidos – uno de los países más ricos del mundo – ocupa la posición nº 43 en la lista mundial de mortalidad infantil. Si esta tasa se elevara hasta el nivel ya conseguido en otro país rico – Singapur –, se salvarían todos los años las vidas de 18.200 niños y niñas estadounidenses (CIA, 2006).

Esta discrepancia se observa también en muchos otros países. Por ejemplo, las tasas de mortalidad por distintas enfermedades en la población adulta masculina rusa en 2005 fueron considerablemente mayores que las de los países con una renta per capita similar (Banco Mundial, 2005). El hecho de que la esperanza de vida haya disminuido en la Federación Rusa durante un período de crecimiento económico indica que éste es por sí solo ineficiente desde la perspectiva del desarrollo humano.

Hechos así exigen una perspectiva que contemple el crecimiento económico como un *recurso* para el desarrollo humano y no como un fin en sí mismo (Sen, 2000). Esta perspectiva parece estar adquiriendo cada vez mayor relevancia, sobre todo por parte de los investigadores y responsables políticos en el ámbito de la salud pública, con declaraciones como “*El verdadero fin de la actividad económica es maximizar el bienestar social y no necesariamente la producción de bienes por sí mismos*” (Suhrcke y cols., 2005). Muchas organizaciones nacionales e internacionales han advertido también del peligro de considerar únicamente el crecimiento económico como tal. Por ejemplo, Oxfam – una organización internacional no gubernamental con sede en el Reino Unido – ha explicado que estos tipos de estrategias suelen adolecer de dos

defectos. *“Perjudican a los pobres porque ignoran el papel crítico de la distribución de la renta en la creación de oportunidades para la erradicación de la pobreza, y perjudican al crecimiento porque la desigualdad extrema y la pobreza a ella asociada representan un despilfarro del potencial productivo a gran escala”* (Watkins, 2000).

No obstante, sigue predominando la tendencia a considerar las tasas de crecimiento económico sin tener en cuenta sus efectos en el desarrollo humano, sobre todo para los grupos desfavorecidos. La privatización de los servicios públicos y el establecimiento de unos objetivos más ambiciosos para el libre mercado y la competencia han contribuido a reforzar esta tendencia. François Mitterrand, en la Cumbre Social de 1995, explicó las consecuencias de esta perspectiva del crecimiento económico tan corta de miras (Mitterrand, 1995):

“Hemos llegado a un punto en el que nuestras sociedades se han convertido en un apéndice de la economía. ... ¿Vamos a permitir que el mundo se transforme en un mercado global en el que los más poderosos decidan las reglas de juego y el único fin de la sociedad sea obtener el máximo beneficio lo más deprisa posible? ¿Queremos vivir en un mundo en el que unas pocas horas de especulación destruyan el trabajo de millones de personas? ¿Seremos capaces de establecer un orden mundial basado en el progreso, sobre todo en el progreso social?”

En lugar de abordar estas cuestiones, es habitual que el crecimiento económico y la equidad se consideren por separado. Los partidarios de esta postura argumentan que primero tiene que optimizarse el crecimiento, para luego poder considerar las posibilidades de redistribución de los recursos económicos obtenidos. Esta estrategia tiene un fallo, y es que las posibilidades reales de redistribución de recursos suelen ser bastante limitadas cuando se llega a esta avanzada etapa.

Otros alegan que existe un equilibrio entre crecimiento económico y equidad, y que cuando se reducen las desigualdades en renta entre grupos se frena el crecimiento económico de un país. La armonización fiscal en la UE, por ejemplo, significa habitualmente una rebaja de los impuestos hasta el mínimo común denominador, porque se supone que el aumento de la presión fiscal hace que el mercado sea menos eficiente y, por tanto, frena el crecimiento económico. Sin embargo, las pruebas empíricas de esta afirmación son débiles o no existen en el contexto europeo, en el que los países con menos desigualdades en renta, como los países nórdicos, tienen las mismas o mayores tasas de crecimiento económico que los países con mayores desigualdades en renta (Foro Económico Mundial, 2005). Los extensos estudios realizados en Suecia demuestran también claramente que no existen pruebas empíricas para poder afirmar que el grado de presión fiscal en el estado de bienestar sueco tendría que haber tenido algún efecto cuantificable en el crecimiento económico de ese país (Palme, 2004). Por el contrario, los países con sistemas universales de protección social y altos niveles de mantenimiento de la renta *para todos* tienen menores tasas de pobreza y menores desigualdades en renta entre los grupos que los sistemas que proporcionan redes de seguridad únicamente a los pobres (Korpi y Palme, 1998). Esta conclusión tiene, obviamente, una importancia crítica desde el punto de vista de la equidad en la salud.

Intervenciones políticas para promover un crecimiento económico con equidad

- Reconocer explícitamente que el crecimiento económico es un *recurso* para el desarrollo humano, especialmente en los grupos desfavorecidos.
- Formular unas *estrategias eficientes de crecimiento económico* que promuevan el desarrollo humano global y, sobre todo, que reduzcan la pobreza, mejoren las condiciones de vida para los grupos desfavorecidos y faciliten el acceso a unos servicios de educación y salud asequibles y de alta calidad. Por el contrario, las *estrategias ineficientes de crecimiento económico* aumentan la pobreza y las diferencias de renta y se acompañan de políticas que dificultan el acceso a la salud y la educación.
- Desarrollar indicadores del PIB ajustados a la salud que tengan en cuenta los costes totales de los problemas de salud (de la misma forma que se consideran los efectos medioambientales cuando se calcula el *PIB verde*).
- Definir y medir los progresos realizados utilizando un Índice de Desarrollo Humano, como el que se utiliza en el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (PNUD, 2005). De esta forma se tiene en cuenta la contribución del crecimiento económico al cumplimiento de metas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, o los objetivos de salud orientados a la equidad formulados por la estrategia europea de Salud para Todos (Oficina Regional de la OMS para Europa, 1999) y por los gobiernos nacionales.
- Promover la investigación de factores y procesos globales que afectan a la equidad en la salud y que condicionan las medidas que pueden adoptar los países en la lucha contra las desigualdades en salud dentro de sus propias fronteras, como ha recomendado el Grupo de Trabajo de la OMS sobre las prioridades de la investigación de la equidad en la salud, para llevar adelante la agenda política en el ámbito de la equidad en la salud (Grupo de Trabajo de la OMS sobre las Prioridades de la Investigación de la Equidad en la Salud y Equipo de la OMS para la Equidad, 2005).

La mejora de la salud como determinante del crecimiento económico

La mejora de la salud es un importante determinante del crecimiento económico, ya que aumenta la productividad laboral, la oferta de trabajo, los resultados educativos y el ahorro. Este enfoque de la salud como un factor que promueve el crecimiento económico se ve reforzado aún más por los elevados costes que tienen los problemas de salud para la sociedad y las empresas. En Gran Bretaña, por ejemplo, se perdieron en 2004 un total de 35 millones de días trabajados: 28 millones por enfermedades profesionales y otros 7 millones por accidentes de trabajo (Health and Safety Executive, 2005). El coste para la economía varía entre 13.000 y 22.000 millones de libras esterlinas, y el coste para los trabajadores varía entre 6.300 y 10.000 millones de libras (Health and Safety Executive, 2004).

La importancia que tiene la mejora de la salud para el desarrollo económico se demuestra también en la Federación Rusa, donde, si las enfermedades no transmisibles y los accidentes se redujeran hasta el nivel de los países más ricos de Europa Occidental, se conseguirían unos beneficios socioeconómicos equivalentes a cerca del 30% del PIB ruso de 2002 (Banco Mundial, 2005).

La Comisión de Macroeconomía y Salud ha estudiado en profundidad, por encargo de la OMS, la relación entre la mejora de la salud y el crecimiento económico, sobre todo en los países de renta media y baja. Unas de las principales conclusiones de su informe final fue que, "por cada 10% de aumento de la esperanza de vida al nacer se produce, como mínimo, un aumento del crecimiento económico de entre 0,3 y 0,4 puntos porcentuales al año, manteniendo constantes todos los demás factores de crecimiento" (OMS, 2001).

Aunque sea importante reconocer que la mejora de la salud promueve el crecimiento económico, hay que insistir en que la salud es un fin en sí mismo, mientras que los beneficios económicos deben considerarse como un efecto colateral positivo. Si, por otra parte, el desarrollo humano se reduce a una herramienta para el crecimiento económico, existe el peligro de que las inversiones en salud se guíen principalmente por su efectos en el crecimiento económico (Dahlgren, 1996). En ese caso, los problemas de salud de los grupos de renta baja con una posición débil en el mercado de trabajo recibirían probablemente menos importancia que los de los trabajadores más cualificados, cuya productividad económica se considera mayor. Ninguna estrategia que busque la equidad en la salud debe enfocar el desarrollo de la salud desde esta perspectiva del valor de mercado.

No obstante, las estrategias para la lucha contra las desigualdades sociales en salud son opciones viables para promover el crecimiento económico. Esto es así porque la salud de los grupos de renta baja mejora más deprisa que la salud de los grupos de renta alta, con el resultado de que la brecha de salud se hace más estrecha. De esta forma se elimina el riesgo de discriminar a los más grupos más débiles y menos productivos, y se emprenden iniciativas dirigidas específicamente a mejorar las condiciones de salud en esos grupos. En un marco así, la salud y el crecimiento económico mejoran en paralelo. Las estrategias orientadas a la equidad en la salud en la Región Europea deben integrarse, por tanto, en las estrategias dirigidas al crecimiento económico tanto de los países de renta alta, como de los países de renta media y baja.

II. Desigualdades en renta y salud

El impacto en la salud de las desigualdades en renta

Cada vez más investigadores y responsables políticos reconocen el impacto en la salud que tienen las desigualdades en renta y riqueza. El Comisario de Salud y Protección del Consumidor de la UE, Markos Kyprianou, hizo hincapié en este aspecto en el discurso que pronunció durante la Cumbre de la UE sobre la lucha contra las desigualdades en salud celebrada en octubre de 2005, en el que dijo que "las crecientes desigualdades en riqueza han producido crecientes desigualdades en salud. Y, a su vez, las desigualdades en salud de la población contribuyen a aumentar las disparidades en riqueza" (Kyprianou, 2005).

Las personas que viven en países ricos con mayores desigualdades en renta y mayor pobreza relativa suelen tener una esperanza de vida más corta y unas tasas más altas de mortalidad infantil (Wilkinson, 1992; Wennemo, 1993; Hales y cols., 1999). En Europa Oriental se ha demostrado también una estrecha relación entre los cambios en la distribución de la renta y la esperanza de vida (Smith y Egge, 1996; Marmot y Bobak, 2000). Distintas regiones dentro de un mismo país muestran también esta relación. Por ejemplo, tanto en Italia como en la Federación Rusa, la esperanza de vida aumenta a medida que disminuyen las desigualdades en renta entre sus regiones (Walberg y cols., 1998; De Vogli y cols., 2005). En Estados Unidos, los estados más igualitarios, y no los más ricos, son los que disfrutan de una mejor salud (Kennedy, Kawachi y Prothrow-Stith, 1996; Kaplan y cols., 1996).

Existe cierta polémica sobre cuál es la explicación más plausible para esta estrecha relación observada entre la salud de la población y los niveles de desigualdad en la renta (Wagstaff y van Doorslaer, 2000). La desigualdad en la renta puede influir en la salud de varias formas distintas: por un aumento de la carga de la pobreza, por factores psicosociales y por factores relacionados con las políticas públicas.

Por un aumento en la carga de la pobreza. En las sociedades con grandes desigualdades en renta, el porcentaje de población que vive por debajo del umbral de la pobreza suele ser mayor, y esa pobreza tiene un efecto negativo en la salud. Por ejemplo, en un análisis del Estudio de la Renta de Luxemburgo, se encontró una estrecha correlación positiva entre el grado de desigualdad en la renta en un país, medido por el índice de Gini, y la proporción de niños que viven en la pobreza; es decir, cuanto mayor es la desigualdad en la renta, mayor es la proporción de niños pobres (Raphael, 2001).

Por factores psicosociales. Las sociedades con grandes desigualdades en la renta generan niveles de estrés más dañinos para toda la población, pero sobre todo para los grupos que ocupan los niveles más bajos de la escala social. Ese estrés está producido por una mayor ansiedad, por inseguridad y por la perniciosa falta de control sobre las propias condiciones de vida y de trabajo. Los niveles más altos de estrés psicológico afectan a la salud, bien directamente o bien por las conductas de riesgo derivadas (Marmot, 2004; Mackenbach, 2005; Wilkinson, 2005).

Por factores relacionados con las políticas públicas. En este caso, el impacto en la salud se debe a la existencia de mayores desigualdades en renta que llevan a una limitación de las inversiones en programas públicos de salud y educación, los cuales tienen una especial importancia para los grupos de renta baja (Lynch y cols., 2000). Si se reducen las desigualdades sociales y económicas, aumentan las posibilidades de mantener y desarrollar sistemas de bienestar financiados en función de la capacidad de pago, y utilizados en función de la necesidad. Estos sistemas, basados en la solidaridad y la confianza, tienen una importancia crítica en cualquier estrategia dirigida a reducir las desigualdades sociales en salud.

Además, probablemente la existencia de grandes desigualdades en renta dentro de un mismo país aumente también el riesgo de violencia interpersonal (Wilkinson, 2005). *El Informe Mundial sobre la Salud 2002*, sobre la prevención de riesgos y la promoción de la salud, concluyó asimismo que, según los datos obtenidos, unos altos niveles de desigualdad coinciden con unas tasas elevadas de homicidio y violencia no mortal en los sectores más pobres de la población en los países industrializados (OMS, 2002). Los

efectos más estrechamente relacionados con las desigualdades en renta son las muertes por violencia, accidentes y alcohol, tanto en los países de Europa Oriental como Occidental (McIsaac y Wilkinson; Walberg y cols., 1998).

Los efectos combinados de estos factores hacen que las desigualdades en renta sean una consideración política importante desde la perspectiva de la equidad en la salud. Por otra parte, cada vez se reconoce más que la reducción de las desigualdades en renta, en paralelo al crecimiento económico, acelera la velocidad de erradicación de la pobreza (Banco Mundial, 2006). Puesto que la pobreza es un importante determinante de los problemas de salud en Europa, debe reconocerse el impacto positivo que puede tener en la salud la reducción de las amplias desigualdades en renta.

Intervenciones políticas para reducir las desigualdades en renta

Las siguientes intervenciones políticas pueden ayudar a reducir las desigualdades en renta.

- Reconocer que en una sociedad se puede actuar sobre el grado de desigualdad en la renta. Este grado de desigualdad, medido como el cociente entre la renta total del 10% más rico de la población y la del 10% más pobre, en los 52 países de la Región Europea de la OMS, era muy variable en 2002, desde un 5,2 en la República Checa hasta un 15,0 en Portugal (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005a). Estas grandes diferencias dentro de la Región Europea indican que no existe un nivel fijado de antemano, y los niveles más bajos ofrecen una referencia de lo que puede conseguirse en el marco europeo.
- Describir las posibilidades actuales y futuras de reducir las desigualdades sociales en renta a través de prestaciones económicas, impuestos y servicios públicos subvencionados. La magnitud de estas transferencias se ilustra con el siguiente ejemplo del Reino Unido en 2002 (Summerfield, 2005): “Antes de la redistribución, el quintil de la renta más alta gana 15 veces más que el quintil de la renta más baja. Tras la distribución de prestaciones económicas públicas, esa proporción se reduce a 6 sobre 1, y después de los impuestos directos y locales, se reduce todavía más a 5 sobre 1. Por último, después de realizar los ajustes necesarios para tener en cuenta los impuestos indirectos y el uso de ciertos servicios públicos gratuitos como salud y educación, el quintil de la renta más alta disfruta de una renta final cuatro veces mayor que el quintil de la renta más baja.”
- Identificar y retirar las políticas y medidas que aumentan las desigualdades en renta y riqueza.
- Regular la mano invisible del mercado con una mano visible, que promueva estrategias de crecimiento laboral intensivo y orientadas a la equidad. Es importante que los trabajadores se movilicen activamente en defensa de estas políticas y que la opinión pública entable un debate estrechamente vinculado con el proceso democrático o político de la toma de decisiones. En este marco político, deben realizarse los esfuerzos especiales que se mencionan a continuación.
- Mantener o reforzar las políticas salariales activas, haciendo un esfuerzo especial para la creación de empleos suficientemente remunerados para los grupos con una posición más débil en el mercado de trabajo. Garantizar, por medio de acuerdos o de

la legislación, un salario mínimo suficiente que elimine el riesgo de una población de trabajadores pobres.

- Introducir o mantener un modelo de fiscalidad progresiva, que tenga en cuenta tanto la renta como las ventajas fiscales, para que se reduzcan las diferencias en la renta neta después de impuestos.
- Intensificar los esfuerzos para eliminar diferencias de renta por razón de género, garantizando la misma retribución salarial por el mismo trabajo, independientemente del género. Algunas diferencias en la renta por razón de género aparecen también cuando las profesiones típicamente masculinas se retribuyen mejor que las profesiones consideradas femeninas, por la concentración de mujeres en ellas. Son diferencias con las que hay que acabar.
- Aumentar o mantener la financiación pública de la salud, la educación y el transporte público. Estos servicios tienen unos efectos distributivos importantes, sobre todo los sanitarios, en los sistemas universales financiados en función de la capacidad de pago y utilizados en función de la necesidad.
- Marcarse metas nacionales para reducir las diferencias de renta.
- Vigilar la magnitud y los cambios que se produzcan en las desigualdades en renta y en riqueza, como se hace con cualquier otro determinante importante de la salud en los grupos desfavorecidos.

III. Pobreza y salud

La pobreza limita seriamente las posibilidades de disfrutar de una buena salud y sigue siendo, en algunos países europeos, una importante causa de problemas de salud, en general, y de desigualdades sociales en salud, en particular. Los problemas de salud pueden ser también una importante causa de empobrecimiento, ya que imponen una pesada carga al presupuesto familiar, y pueden hundir en la pobreza a familias e individuos. Por el contrario, la mejora de la salud puede ser un requisito previo para aprovechar las oportunidades educativas y aumentar la capacidad de generación de ingresos. La formación y la posterior creación de pequeñas empresas, por ejemplo, aumentan las posibilidades de trabajar por cuenta propia para salir de la pobreza, pero los problemas de salud constituyen una barrera para esta posibilidad de escape. A continuación se describen brevemente estos tres vínculos entre pobreza y salud – pobreza como causa de problemas de salud, problemas de salud como causa de pobreza y mejora de la salud como forma de escapar de la pobreza –, así como algunas intervenciones políticas que pueden llevarse a cabo para integrar las estrategias de equidad en la salud en estrategias integrales de erradicación de la pobreza.

La pobreza como causa de problemas de salud

Históricamente, la pobreza ha sido la principal causa directa e indirecta de problemas de salud y de desigualdades sociales en salud en todo el mundo. Los pobres no pueden permitirse el lujo de llevar una vida saludable y pueden verse obligados a aceptar trabajos perjudiciales para su salud. Este impacto negativo de la pobreza en la salud está aumentando con la adopción de políticas cada vez más orientadas al mercado, que afectan a servicios esenciales como salud, educación, vivienda, electricidad, agua y

transporte público. Los pobres no pueden pagar las tarifas o precios de mercado más altos por estos servicios.

El distinto efecto que tiene la pobreza según el sector de la sociedad potencia aún más sus efectos negativos en la salud, porque cuanto mayor es la pobreza, mayor es la vulnerabilidad. Los efectos sinérgicos – esto es, que los pobres experimentan muchos factores de riesgo al mismo tiempo que interaccionan entre sí y se refuerzan mutuamente – contribuyen también a aumentar las desigualdades en salud. Los altos niveles de estrés económico, las malas condiciones de vivienda, el desempleo, la dificultad para acceder a servicios sanitarios esenciales y unos estilos de vida poco saludables y sensibles a factores estructurales, se combinan para producir un efecto incrementado en la salud de los grupos expuestos. El impacto de la pobreza en la salud se ha cuantificado a partir del número estimado de vidas que podrían salvarse si se erradicara la pobreza. Por ejemplo, en el Reino Unido se ha estimado que la erradicación de la pobreza infantil salvaría al año la vida de 1.400 niños menores de 15 años (Williams, 2004).

Pese a que la pobreza es “la mayor genocida del mundo y la principal causa de mala salud y de sufrimiento en todo el mundo” (OMS, 1995), rara vez se la menciona como causa de las enfermedades importantes. La pobreza como causa de problemas de salud está incluso marginada en la “*Clasificación internacional de enfermedades*” de la OMS, donde aparece casi al final de la lista y recibe el código Z.59.5 (OMS, 1995). En lugar de ser reconocidos explícitamente, se tiende a ocultar los vínculos entre pobreza y problemas de salud con el uso de una terminología confusa. Las enfermedades relacionadas con la pobreza en los países pobres se denominan habitualmente *enfermedades tropicales*, pese a que muchas de ellas eran frecuentes también en los climas fríos de los países de Europa del Norte cuando estos países eran más pobres. Igual de confuso resulta que, en el contexto europeo, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes suelen denominarse *enfermedades de la opulencia*, cuando los grupos más privilegiados de un país son los que menos riesgo tienen de presentar esas enfermedades. Es preferible designar a las enfermedades que están directa o indirectamente causadas por una pobreza absoluta o relativa con el término de *enfermedades relacionadas con la pobreza*.

El fenómeno del exceso de mortalidad que se produce en invierno ha sido motivo de creciente preocupación en Europa. En un estudio llevado a cabo en 14 países de la UE, el exceso de mortalidad en invierno era mayor en Irlanda, el Reino Unido y Europa Meridional, mientras que Escandinavia y otros países de Europa del Norte se veían relativamente poco afectados por el problema. La deficiente normativa sobre la eficiencia térmica de las viviendas, las privaciones y la escasez de combustible son factores estrechamente relacionados con el exceso de mortalidad observado en invierno (Healy, 2003). El Reino Unido es el país con el mayor número de muertes evitables en invierno de toda Europa Occidental, con un exceso de muertes cercano a 37.000 cada invierno. Esto se debe en parte a la imposibilidad de pagar la calefacción de los hogares, lo cual se suma a la escasa eficiencia térmica del parque de viviendas británico (Healy, 2003). El problema es probablemente aún mayor en los PECO y los NEI, en los que los niveles más altos de pobreza se suman a unas temperaturas más bajas en invierno.

Las estrategias de erradicación de la pobreza han recibido últimamente una atención renovada en Europa, aunque sin hacer referencia expresa a su impacto en la salud. Por ejemplo, se han elaborado “Planes Nacionales de Acción contra la Pobreza y la

Exclusión Social” en los 25 países de la UE (Judge y cols., 2005). Ahora bien, la OMS y su Oficina Europea para la Inversión en Salud y Desarrollo reconocen cada vez más la importancia de combatir la pobreza desde la perspectiva de la equidad en la salud y así lo han hecho, por ejemplo, en su trabajo sobre los sistemas de salud y la lucha contra la pobreza (*Health systems confront poverty*, Ziglio y cols., 2003).

La pobreza es un concepto multidimensional, pese a lo cual suele medirse en términos de renta. El umbral de la pobreza en un país puede definirse en términos absolutos o relativos.

La **pobreza absoluta** suele definirse como la falta de recursos económicos suficientes para la supervivencia física. La definición de los umbrales nacionales de pobreza en términos absolutos difiere de un país a otro, y eso dificulta las comparaciones internacionales. Además, algunos países establecen un umbral muy bajo de pobreza absoluta para reducir las cifras oficiales de prevalencia de pobreza en su población. El Banco Mundial estableció el umbral de la pobreza en 2,15 dólares al día para analizar los niveles de pobreza absoluta en Europa Oriental y la antigua Unión Soviética en 2003. Aplicando esta definición, los nuevos Estados miembros de la UE – República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia, sin incluir a Chipre ni a Malta – tienen niveles bajos de pobreza (inferiores al 5%) y los países del sudeste de Europa tienen niveles de entre el 5% y el 20%, igual que los países de renta media de los NEI. Sin embargo, los países de renta baja de los NEI tienen niveles muy altos de pobreza absoluta, cercanos al 40%. En el extremo del espectro está Tayikistán, un país en el que más del 70% de la población vive con menos de 2,15 dólares al día. En el conjunto de la Región, más de 60 millones de personas viven en la pobreza *absoluta* (Alam y cols., 2005).

La **pobreza relativa** se define en relación con el resto de la sociedad. En la UE, la pobreza se define como una renta inferior al 60% de la mediana de la renta nacional. Con esta definición, cerca de 60 millones de ciudadanos en los 15 países que pertenecían a la UE antes del 1 de mayo de 2005 (18% de la población) se encuentran en una situación de riesgo de pobreza absoluta y exclusión social. La proporción de la población que vive en condiciones de pobreza relativa varía en la UE desde menos del 10% hasta cerca del 20% (Judge y cols., 2005). En 2005, casi el 20% de la población infantil vivía en hogares con una renta inferior al 60% de la mediana de la renta nacional en los 15 países que pertenecían a la UE antes del 1 de mayo de 2004. No obstante, existen diferencias considerables incluso entre los países de renta alta. Por ejemplo, en Dinamarca el 7% de la población infantil vive en hogares pobres (Diderichsen, 2006). Inglaterra, por su parte, llegó a tener en el pasado una elevada tasa de pobreza infantil, cercana al 30%. Un importante objetivo de la política sanitaria, establecido en 1999, era reducir a la mitad la pobreza infantil en un plazo de 10 años y erradicarla por completo antes del año 2020. Se han hecho progresos en la consecución de este objetivo, ya que el porcentaje de niños que viven en hogares pobres se ha reducido del 24% al 20% entre 1998/1999 y 2003/2004 (Departamento de Salud británico, 2005).

Aunque la pobreza relativa en Europa se haya mantenido en niveles reducidos si se compara con la situación mundial, entre 1990 y 1998 aumentó más deprisa en Europa y Asia Central que en ninguna otra región del mundo. Desde entonces, se ha reducido un poco (Alam y cols., 2005).

El problema de la *pobreza de combustible* se ha convertido en un serio motivo de preocupación social en Europa desde la crisis del petróleo y las consiguientes subidas del precio de la energía que tuvieron lugar a mediados del decenio de 1970. Cada vez son más las familias que tienen grandes dificultades para pagar la energía necesaria para calentar sus hogares. La *pobreza de combustible* puede definirse como el gasto de más del 10% de los ingresos de una persona en calefacción. Según esta definición, en 2002 se consideraba que un millón de hogares en Inglaterra sufría *pobreza de combustible* y otro millón era vulnerable a sufrir este tipo de pobreza (Department of Trade and Industry, DTI, 2004). La gravedad de la situación llevó a formular una estrategia en el Reino Unido para abordar el problema (DTI, 2001). Las tendencias en los precios de la energía indican que la pobreza de combustible será en el futuro un problema cada vez mayor en toda Europa, y no sólo en ciertos países.

Además de unos recursos económicos muy limitados, el concepto de pobreza relativa puede incluir también la noción de la exclusión o la imposibilidad de participar en las interacciones sociales normales en una sociedad (Townsend, 1979).

Es muy importante que, además de su extensión, se evalúe el grado de pobreza - la llamada brecha de pobreza - entre los que viven por debajo del umbral de la pobreza. Este tipo de evaluación tiene una especial importancia para analizar la pobreza como un determinante de los problemas de salud y las muertes prematuras, ya que cuanto mayor es el grado de pobreza, mayor es el impacto negativo en la salud (Chien y cols., 2002).

Intervenciones políticas para erradicar la pobreza como causa de los problemas de salud

La descripción de todas las políticas y acciones económicas y sociales que forman parte de las estrategias locales, nacionales e internacionales para la lucha contra la pobreza queda fuera del alcance de este informe. Éste tiene un enfoque restringido a las relaciones mutuas entre la pobreza y los problemas de salud, así como a algunas de las principales intervenciones políticas que pueden llevarse a cabo, entre otras las siguientes:

- Formular y reforzar estrategias integrales para reducir la tasa total de pobreza y, sobre todo, la pobreza de larga duración, teniendo muy en cuenta los numerosos vínculos que existen entre pobreza y salud. Por ejemplo, como se explicaba antes, se puede reducir la pobreza con inversiones en promoción de la salud y prevención de enfermedades, con estrategias justas de financiación de la asistencia sanitaria y con un acceso a los servicios sanitarios esenciales basado en la necesidad y no en la capacidad de pago.
- Promover la igualdad de género y prestar especial atención a las personas que experimentan la doble carga de verse discriminadas por razón de su sexo y de su baja posición social.
- Combatir la pobreza infantil, dando una elevada prioridad al apoyo médico, social y educativo que necesitan los menores desfavorecidos desde pequeños, y reforzando las ayudas económicas y la asistencia a las familias pobres y a las familias monoparentales.

- Aumentar la renta de las familias pobres con medidas como:
 - políticas de crecimiento económico y de mercado de trabajo orientadas a la equidad;
 - ventajas fiscales para las familias de renta baja;
 - fijación de un salario mínimo que reduzca el riesgo de trabajadores pobres;
 - reducción o eliminación de diferencias de renta por razón de género;
 - políticas de empleo activas;
 - prestación garantizada o ampliada de servicios de guardería, para que los progenitores puedan realizar un trabajo remunerado fuera del hogar;
 - educación de adultos, con oportunidades de aprendizaje permanente para adquirir capacidades nuevas;
 - prestaciones de la seguridad social que aseguren una renta familiar suficiente; y
 - pensiones de jubilación que garanticen un nivel de vida digno a los grupos de renta baja y económicamente marginados.

- Combatir la pobreza de combustible desde tres frentes:
 - medidas de protección social, para aumentar la renta de las familias pobres;
 - medidas para mejorar la eficiencia térmica de las viviendas, especialmente en los hogares de renta baja y vulnerables;
 - y medidas para controlar el precio de la energía y promover el ahorro de energía.

- Reconocer que las posibilidades de reducir la pobreza en países de renta alta y media dependen menos de los recursos económicos y más de la voluntad política y de un sentimiento de solidaridad y confianza en el conjunto de la sociedad. Si existe voluntad política, existen posibilidades. La voluntad política puede tener sus raíces en el propio interés o en una verdadera solidaridad. Refiriéndose al propio interés, Amartya Sen se expresaba en los siguientes términos, *“A veces me pregunto si habrá alguna forma de hacer que la pobreza sea terriblemente infecciosa. Si eso sucediera, su erradicación general sería, casi seguro, sorprendentemente rápida”* (Sen, 1995).

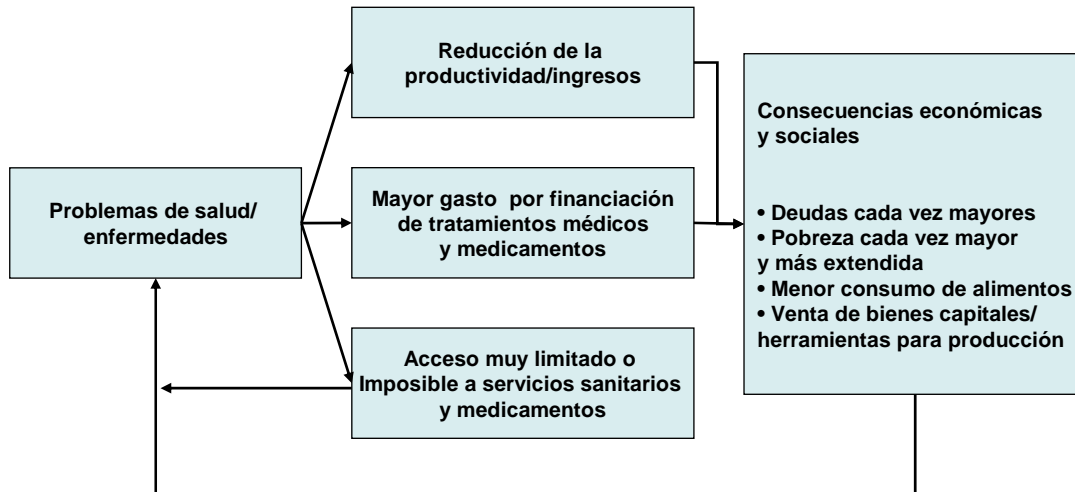
Los problemas de salud como causa de pobreza

Los problemas de salud son actualmente una importante causa de pobreza en muchos países de renta baja en los que las familias reciben muy poca ayuda social pública para compensar los ingresos que dejan de percibir cuando sufren una enfermedad. Al mismo tiempo, los pobres tienen unos gastos considerablemente mayores, ya que tienen que pagar de su bolsillo gran parte, o todos, los gastos médicos (Whitehead, Dahlgren y Evans, 2001).

Los problemas de salud pueden dar lugar a una reducción de los ingresos, a un aumento de los costes de la asistencia médica y los medicamentos, así como a estrategias contraproducentes para afrontar estos problemas, como se ilustra en la Figura 2. La capacidad de pago, sobre todo para financiar el tratamiento de enfermedades crónicas, debe valorarse teniendo en cuenta la reducción de los ingresos causada por los problemas de salud y la incapacidad laboral total o parcial. La necesidad de elevados desembolsos dificulta además el acceso a los servicios sanitarios esenciales. Muy probablemente, estos desembolsos acrecientan las desigualdades sociales en salud, pero es difícil cuantificar el impacto que tiene en la salud el hecho de no recibir asistencia médica profesional en función de la necesidad en los distintos grupos socioeconómicos. Desde una perspectiva a más largo plazo, la limitación del acceso por cuestiones económicas puede hacer aún más pesada la carga que supone el pago de los servicios sanitarios y aumentar con ello el riesgo de verse arrastrado a la pobreza. A su vez, esta

barrera económica para el acceso a los servicios sanitarios puede retrasar el momento de solicitar asistencia. Cuando una enfermedad ya se ha manifestado o agravado, su tratamiento es más difícil que cuando se encuentra en sus primeros estadios, y también resulta más costoso, ya que exige desembolsos más cuantiosos y aumenta el riesgo de sufrir problemas económicos graves y verse arrastrado a la pobreza.

Figura 2. Vínculos entre los problemas de salud y la pobreza: un marco analítico



Fuente: Dahlgren (2003a).

Históricamente, una parte importante del proceso de desarrollo en toda Europa ha consistido en romper los vínculos entre los problemas de salud y la pobreza. Estos vínculos se han debilitado con la creación de sistemas de seguro médico que ofrecen una compensación adecuada por la pérdida de ingresos motivada por problemas de salud, y con la prestación de servicios de salud públicos y gratuitos o con un coste muy pequeño para el paciente. Tales reformas han tenido marcados efectos positivos en muchos países europeos, en los que los problemas de salud han dejado ya de ser una causa de problemas económicos graves y de pobreza.

Esta tendencia positiva, que ha promovido la equidad en la salud, se está invirtiendo lentamente en algunos países europeos, en los que los sistemas de apoyo económico se están debilitando como consecuencia, por ejemplo, de los desembolsos que tienen que realizar los pacientes para pagar una parte cada vez mayor de los gastos médicos. Este cambio de financiación pública a privada de los servicios sanitarios y los medicamentos ha sido habitual en los últimos 10 ó 15 años en muchos países del este y sudoeste de Europa. Por ejemplo, el porcentaje del gasto sanitario total pagado con dinero privado en Albania aumentó del 23% al 38% entre 1995 y 2000, mientras que al mismo tiempo el porcentaje de los Presupuestos Generales del Estado destinado a la asistencia sanitaria se redujo del 7,6% al 6,7% (Walters y Suhrcke, 2005).

Sólo ahora se están empezando a reconocer estas consecuencias negativas de la financiación privada y se está proponiendo el regreso a un mayor porcentaje de financiación pública. Por ejemplo, en la Federación Rusa, después de un aumento inicial de la financiación privada, que pasó del 18,5% al 35,3% entre 1995 y 1999, ese porcentaje se había reducido al 27,5% en el año 2000 (OMS, 2002). Y es probable que los recientes e importantes aumentos del presupuesto destinado a la sanidad pública en

la Federación Rusa reduzcan aún más ese porcentaje. Antes de poder extraer ninguna conclusión definitiva sobre estas tendencias, debe hacerse un análisis exhaustivo de la carga que supone el pago de los servicios sanitarios y las diferencias en el acceso a los servicios sanitarios esenciales de los distintos grupos socioeconómicos.

En el Informe definitivo de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud elaborado por la OMS (2001) se resumía así el impacto a largo plazo en la pobreza de unos gastos médicos elevados:

“Las consecuencias económicas que tiene un episodio de enfermedad para una familia pueden verse magnificadas si el coste de su tratamiento obliga a esa familia a gastar en asistencia médica una parte tan grande de sus recursos que se ve obligada a liquidar sus bienes e incurrir en deudas. Esa situación les puede llevar a una pobreza de la que ya no podrán escapar y que tendrá ramificaciones para el bienestar de todos sus miembros y a menudo también de otros familiares. ... La liquidación de bienes productivos puede llevar a esa familia a una trampa de pobreza (es decir, a una pobreza persistente) incluso después de haber superado la enfermedad aguda, puesto que los hogares empobrecidos tendrán dificultades para recapitalizar sus actividades productivas. ... La pobreza, a su vez, puede agravar también la enfermedad original.”

Estos vínculos entre problemas de salud y consecuencias económicas graves, entre ellas la pobreza, se han visto también reforzados por la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida), que ha sido una importante causa de pobreza en muchos países de renta baja (OMS, 2002). Con este telón de fondo, y desde la perspectiva de la pobreza, otro motivo de alarma es que la velocidad a la que están apareciendo nuevos casos de VIH/Sida en los países del este de Europa es una de las más altas del mundo (OMS, 2002).

Intervenciones políticas para luchar contra la trampa médica de la pobreza

- Intensificar las intervenciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades, sobre todo en grupos socioeconómicos de mayor riesgo.
- Vigilar los efectos distributivos de la financiación pública y privada en los servicios de asistencia sanitaria, los cuidados de día, los comedores escolares, los servicios para la tercera edad y otros servicios sociales esenciales. Este tipo de análisis debería ser obligatorio y formar parte del proceso democrático político necesario para decidir cualquier cambio importante en las estrategias de financiación de esos servicios.
- Mantener o desarrollar sistemas públicos de seguridad social que compensen la pérdida de ingresos causada por problemas de salud. El nivel de compensación – habitualmente un cierto porcentaje de los ingresos normales – tiene que ser suficiente como para asegurar que las familias de renta baja puedan disfrutar de una vida saludable.
- Promover y llegar a garantizar un nivel de financiación pública de los servicios sanitarios, a través de los impuestos o de los sistemas públicos de seguridad social, que elimine el riesgo de pobreza causada por unos gastos médicos elevados y que permita el acceso de toda la población a una asistencia de buena calidad, independientemente de la capacidad de pago.

- Subvencionar medicamentos esenciales. Una parte importante del gasto familiar total en salud se destina al pago directo de medicamentos. Estos gastos privados podrían reducirse con la prescripción de medicamentos genéricos más baratos, pero igual de efectivos, con la regulación del mercado farmacéutico y con la fijación de un límite máximo anual para el pago directo de medicamentos prescritos, por encima del cual los gastos serían pagados en parte o en su totalidad con fondos públicos.
- Ofrecer asesoramiento sobre asuntos relacionados con el presupuesto familiar y aconsejar a las personas y a las familias atrapadas por las deudas.
- Luchar contra la corrupción. Los pagos informales (bajo cuerda) por servicios sanitarios públicos constituyen una carga económica importante para muchos pacientes de renta baja, sobre todo en algunos PECO y NEI. Estos pagos no sólo aumentan el riesgo de caer en la trampa médica de la pobreza, sino que además reducen la posibilidad de mantener y desarrollar sistemas de salud públicos. La expansión de los sistemas de seguro médico obligatorio probablemente contribuya a reducir los pagos informales, si se acompaña de esfuerzos por informar a los pacientes sobre sus derechos a unos servicios sanitarios gratuitos o casi gratuitos en el lugar de la prestación sanitaria. La mejora salarial de unos profesionales médicos, a menudo muy mal pagados, así como la aplicación de unas reglas y controles estrictos sobre los pagos informales, es otra posible intervención política que debe explorarse más a fondo en el marco de la lucha contra la corrupción.
- El progreso en la lucha contra la trampa médica de la pobreza y el debilitamiento de otros vínculos entre los problemas de salud y la pobreza, deben ser objeto de una estrecha vigilancia como parte integrante tanto de las estrategias de erradicación de la pobreza como de las reformas del sector sanitario. Eso tiene una especial importancia en países con una red limitada de seguridad social o financiera (o ambas) y unos sistemas sanitarios regidos por intereses comerciales que exigen a los pacientes el pago de grandes cantidades de su bolsillo por los servicios prestados. Considerando que los países europeos parten de situaciones muy diferentes, y disponen de recursos económicos y de otro tipo también muy diferentes, lo más importante es vigilar la dirección del cambio.

La mejora de la salud como forma de escapar de la pobreza

La mayor carga de enfermedad que soportan las personas que viven en la pobreza constituye una importante barrera y les impide beneficiarse de las reformas económicas, incluso aunque vayan dirigidas a favorecer a los más pobres. Las iniciativas que tratan de mejorar la salud de las familias pobres tienen, en consecuencia, una importancia crítica para romper el círculo vicioso de la pobreza y los problemas de salud. La mejora de la salud puede permitir a esas personas aprovechar las oportunidades creadas por un proceso de desarrollo dinámico. De esta forma, los pobres tendrán más posibilidades de salir por sí mismos de la pobreza (Chien y cols., 2002).

Los vínculos existentes dentro de un hogar entre la mejora de la salud y las mayores posibilidades de romper el círculo vicioso de la pobreza y los problemas de salud se mantienen desde el nacimiento hasta la vejez. La probabilidad de tener un buen comienzo en la vida es mayor en el caso de los niños de familias pobres con progenitores sanos que en el caso de los niños con progenitores pobres que sufren problemas mentales o enfermedades relacionadas con el alcohol. Asimismo, la

probabilidad de obtener mejores resultados académicos es mayor en el caso de los niños pobres pero sanos que en el caso de los niños pobres que están enfermos. O la probabilidad de encontrar trabajo al finalizar los estudios es mayor en el caso de una persona joven, pobre pero sana, que en el caso de una persona pobre con problemas de salud. Las personas sanas pueden producir más y son más productivas que los enfermos crónicos, y son menos vulnerables a las crisis económicas externas.

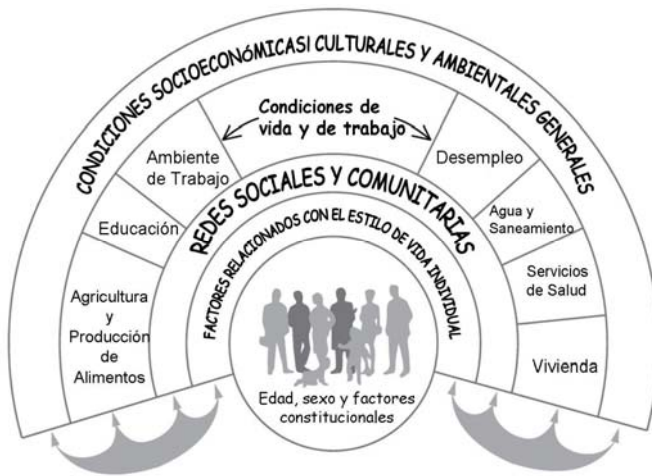
La relación positiva entre la mejora de la salud en los grupos de renta baja y la reducción de la pobreza confirma la importancia de unas inversiones en salud que beneficien, sobre todo, a la población que vive en el umbral de la pobreza o por debajo de él. Las estrategias para la lucha contra la pobreza que ignoren esta dimensión de la salud relacionada con la erradicación de la pobreza serán probablemente mucho menos eficaces. Los problemas de salud evitables, incluso en sociedades pobres, contrarrestan los efectos positivos de otras iniciativas dirigidas a erradicar la pobreza. Por tanto, las iniciativas de erradicación de la pobreza y de lucha contra las desigualdades sociales en salud se refuerzan mutuamente y deben ser un foco de atención de todas las políticas de desarrollo social y económico.

Intervenciones políticas para promover la salud como forma de escapar de la pobreza

Las siguientes intervenciones políticas pueden servir para promover la salud como forma de escapar de la pobreza:

- Situar las inversiones dirigidas a mejorar la salud de las personas pobres en el centro de cualquier estrategia global de erradicación de la pobreza. Debe hacerse un esfuerzo especial para reducir las enfermedades crónicas y discapacitantes que, generalmente, tienen las consecuencias económicas más graves para los que viven en el umbral de la pobreza o por debajo de él.
- Desarrollar y poner en práctica estrategias de lucha contra las desigualdades sociales en salud como parte de estrategias globales de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Aunque la pobreza sea un determinante importante de los problemas de salud, la salud puede mejorar aun cuando exista una pobreza generalizada, como se ha demostrado claramente en países como Vietnam y Sri Lanka (Chien y cols., 2002).

Estrato 2: Acciones multisectoriales de lucha contra las desigualdades en salud



Los progresos realizados en Europa a lo largo de muchas décadas han demostrado que la salud de la población puede mejorar cuando se mejoran las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación y el acceso a unos bienes y servicios esenciales, como educación y asistencia sanitaria. Las intervenciones en este segundo estrato son muy importantes para reducir las desigualdades sociales en salud, puesto que existen marcados gradientes sociales en estos

determinantes. Ahora bien, las políticas relacionadas son multisectoriales y, por tanto, las respuestas tienen que serlo también. En esta sección se examinan las intervenciones políticas que pueden llevarse a cabo en cuatro sectores fundamentales.

I. Educación

Impacto general en la salud

Estudios llevados a cabo en toda Europa han demostrado una estrecha relación entre la educación y la salud: cuanto menor es el nivel educativo alcanzado, peor es el estado de salud en la vida adulta y viceversa (Cavelaars, Kunst y Geurts, 1998). El vínculo entre una mejor educación y una mejor salud puede ser directo: un mayor conocimiento sobre la salud puede ayudar a las personas a promover su propia salud y a evitar riesgos para la salud, entre ellos conductas peligrosas. Este vínculo puede ser también indirecto, en la medida en que influye en los tipos de trabajo a los que puede acceder una persona con un cierto nivel de educación, la mayor retribución que puede percibir y los niveles más bajos de estrés que soporta como resultado de su posición privilegiada. En 2004, el porcentaje de la población de 25 a 64 años de edad con un nivel educativo bajo en los países de la UE variaba entre el 12% y el 75% (Judge y cols., 2005).

Impacto en las desigualdades en salud

El nivel educativo alcanzado no se distribuye por igual en la sociedad. A menudo, las personas que viven en circunstancias desfavorables son también las que alcanzan un menor nivel, y tienen peor acceso a unos servicios educativos de calidad.

Estos marcados gradientes educativos constituyen una tragedia también desde la perspectiva de la salud, porque un buen sistema educativo ofrece un potencial enorme para promover la salud en general y, sobre todo, para reducir las desigualdades sociales en salud, como se explica a continuación.

La educación ha sido tradicionalmente una forma importante de escapar de la pobreza para los grupos desfavorecidos en muchos países. En general, la cualificación mejora las oportunidades de empleo y las perspectivas salariales de una persona, con el consiguiente aumento de su nivel de vida. Esto, a su vez, facilita el cumplimiento de los requisitos necesarios para disfrutar de una buena salud: buena alimentación, vivienda segura, buen entorno de trabajo y participación social.

La educación ha sido también un canal para la movilidad social, ya que permite a las personas mejorar su posición socioeconómica dentro de la sociedad. En el mejor de los casos, puede influir positivamente en el grado de división social, reforzar la cohesión social al igualar los ingresos y las condiciones sociales de la población y fomentar un mayor entendimiento entre los grupos.

El empoderamiento es un resultado importante de la educación: no debe subestimarse el papel de la educación para promover la participación en la comunidad y en el proceso democrático. Las intervenciones dirigidas a dar más poder a quienes no lo tienen, de forma que puedan controlar mejor sus vidas, contribuyen directamente a reducir las desigualdades sociales en salud. Desde la perspectiva de los derechos humanos, el sistema de educación es responsable de asegurar que toda la ciudadanía, empezando por los jóvenes, conozca sus derechos y responsabilidades democráticos.

El sistema de educación contribuye de manera fundamental a la preparación de niños y niñas para la vida, dándoles los conocimientos y las competencias que necesitarán para alcanzar su pleno potencial de salud, tanto desde el punto de vista social, como emocional y físico.

Intervenciones políticas para promover la equidad en la salud por medio del sistema educativo

Las siguientes intervenciones políticas pueden promover la equidad en la salud por medio del sistema educativo:

- Identificar y eliminar barreras económicas, sociales y de otro tipo para facilitar el acceso a todos los niveles educativos, y ofrecer oportunidades de aprendizaje durante toda la vida que faciliten el acceso de los grupos desfavorecidos a la educación y la formación.
- Introducir programas integrales de apoyo para niños y niñas de familias menos privilegiadas, con el fin de promover el desarrollo preescolar. Las ayudas públicas son a menudo necesarias para dar a los menores de familias de renta baja las mismas oportunidades que a los demás cuando empiezan a ir a la escuela. Los ensayos controlados y aleatorizados que se han realizado de guarderías de alta calidad para niños y niñas menores de 5 años de familias de renta baja en Estados Unidos, han demostrado un aumento del rendimiento escolar de los menores que acuden a esas guarderías (y, en algunos estudios, también sus madres se beneficiaron de una mejora de los resultados académicos y profesionales) (Zoritch, Roberts y Oakley, 2005). Algunos de estos programas han demostrado beneficios a largo plazo, como la mayor probabilidad de continuar con los estudios, conseguir un empleo, ganar más o reducir las tasas de embarazo en adolescentes. El éxito de este tipo de programas ha llevado a emprender iniciativas similares en otros países, como el programa Sure Start en el Reino Unido (Whitehead y cols., 2004).

- Promover iniciativas que reduzcan la segregación social dentro del sistema escolar. Para ello se necesitan políticas que reduzcan la segregación social en general entre distintas zonas residenciales, así como políticas específicas dentro del sector educativo para reforzar el sistema escolar público.
- Asegurar que los centros escolares de las zonas menos privilegiadas dispongan de recursos adicionales para atender la mayor necesidad que tienen los menores de familias de renta baja y familias pobres de ayudas especiales.
- Ofrecer ayudas especiales a los alumnos y alumnas de las familias menos privilegiadas, que tengan como objetivo la eliminación de diferencias motivadas por factores socioeconómicos en los resultados educativos.
- Evitar que los niños y las niñas abandonen prematuramente la educación y la formación formal, con intervenciones y ayudas desde que son pequeños/as.
- Prestar un apoyo especial durante la transición de la escuela al trabajo; sobre todo, para quienes estén en una posición débil en el mercado de trabajo.
- Desarrollar y mantener programas integrales de educación para adultos que hayan recibido educación básica o formación profesional muy limitadas.
- Mantener y desarrollar programas de salud en las escuelas orientados a la equidad. Para ello, además de las anteriores intervenciones políticas que pueden realizarse individualmente desde las escuelas, podría prestarse una mayor atención y adoptar las medidas oportunas en relación a los aspectos siguientes:
 - el entorno físico y psicosocial de trabajo en las escuelas, de manera que la promoción de un entorno saludable en ellas reciba al menos la misma atención y los mismos recursos que en cualquier otro lugar de trabajo;
 - almuerzos escolares saludables y gratuitos;
 - promoción de actividades físicas que puedan atraer también a los menores obesos y que promuevan hábitos saludables de ejercicio diario a lo largo del ciclo vital;
 - mejora de la educación alimentaria y las destrezas culinarias;
 - una educación para la salud que tenga en cuenta la posible necesidad de iniciativas y estrategias especiales para llegar a quienes están en situación de mayor riesgo;
 - formación del profesorado, para que sepa reconocer y actuar ante los primeros signos de alerta, como el inicio muy precoz del consumo de tabaco – es decir, a edades de 9-10 años –, que se sabe que está estrechamente relacionado con un consumo excesivo de alcohol y estupefacientes en el futuro;
 - programas orientados a la equidad de prevención de accidentes, con la participación de estudiantes, profesores y progenitores para garantizar la seguridad en la escuela (y también durante el trayecto a la escuela en un medio de transporte o a pié) (Dahlgren, 1997).

II. Entorno de trabajo

Impacto general en la salud

Los riesgos para la salud en el trabajo siguen siendo un importante determinante de problemas de salud y accidentes, aun cuando en muchos países europeos se hayan

realizado grandes progresos para conseguir unos lugares de trabajo más saludables. En el decenio de 1990, por ejemplo, los problemas de salud relacionados con el trabajo ocupaban el cuarto lugar entre los factores contribuyentes a la carga total de enfermedad en los 15 países que formaban la UE con anterioridad al 1 de mayo de 2004 (Diderichsen, Dahlgren y Vågerö, 1997). Sin embargo, la proporción de la carga total de enfermedad causada por factores de riesgo relacionados con el trabajo varía según el país. Por ejemplo, en el conjunto de esos 15 países, el 3,6% de la carga total de enfermedad estaba directamente relacionada con el entorno de trabajo, mientras que en Suecia el porcentaje era sólo del 2,2% (Diderichsen, Dahlgren y Vågerö, 1997). Esas diferencias indican que sigue habiendo mucho margen para reducir los problemas de salud y las muertes prematuras relacionadas con el trabajo. Los principales riesgos se deben a la exposición a sustancias químicas, agentes biológicos, factores físicos, condiciones ergonómicas adversas, alérgenos, amenazas para la seguridad y toda una serie de factores psicosociales.

Los factores psicosociales, como el estrés relacionado con el trabajo, son riesgos para la salud que reciben cada vez más importancia y reconocimiento. Las personas con menor grado de control sobre su trabajo suelen tener tasas de mortalidad más altas (Bosma y cols., 1997; Hemingway, Kuper y Marmot, 2003; Wilkinson, 2005). Los estudios realizados en Europa Oriental han demostrado también que el equilibrio entre esfuerzo y recompensa en el trabajo está inversamente relacionado con una mala valoración de la propia salud y con depresión, así como con el consumo de alcohol (Pikhart y cols., 2001; Walters y Suhrcke, 2005).

A la inversa, la dimensión social del lugar de trabajo puede constituir un determinante de la salud muy positivo. Para muchas personas, la sensación de hacer algo útil conjuntamente con otros compañeros es una de las dimensiones más importantes de la vida y de una salud positiva.

Impacto en las desigualdades en salud

Los riesgos para la salud en el trabajo suelen estar relacionados con factores socioeconómicos de los trabajadores y trabajadoras. Cuanto más se descende en la escala de la posición social, mayor es el riesgo de realizar un trabajo perjudicial para la salud. Los factores psicosociales relacionados con la organización del trabajo contribuyen de manera importante a las desigualdades socioeconómicas en las enfermedades cardiovasculares (Mackenbach, 2005). Por ejemplo, en el estudio británico realizado por Whitehall a funcionarios, un bajo grado de control sobre las decisiones tomadas en el lugar de trabajo explicaba casi la mitad del gradiente social observado en las enfermedades cardiovasculares (Marmot y cols., 1997a). A su vez, el humo del tabaco suele potenciar los efectos negativos de las sustancias químicas y de otros riesgos para la salud relacionados con el trabajo. La intensificación de los esfuerzos para mejorar los lugares de trabajo en general, y los menos saludables en particular, tiene una importancia crítica en cualquier estrategia de reducción de las desigualdades sociales en salud.

Intervenciones políticas en el lugar de trabajo

Muchos países tienen una tradición larga y exitosa en la eliminación de riesgos físicos y químicos para la salud, pero no se han hecho todavía los mismos progresos en lo que respecta a los riesgos psicosociales. La descripción de las estrategias de prevención de

accidentes y problemas de salud en el lugar de trabajo queda fuera del alcance de este documento. Los ejemplos que siguen se limitan a las intervenciones que son importantes desde la perspectiva de la equidad en la salud.

- **Eliminar riesgos físicos para la salud en el trabajo:**

- Intensificar las intervenciones para reducir problemas de salud relacionados con el trabajo, como el dolor de espalda. El dolor de espalda y otras enfermedades que afectan al sistema locomotor son importantes problemas de salud y tienen un marcado gradiente social. Entre las actuaciones dirigidas a eliminar los riesgos que dan lugar a estos problemas destacan las medidas físicas adoptadas para reducir o eliminar las tareas que exigen cargar o arrastrar objetos pesados y que pueden causar lesiones, la formación de los trabajadores sobre la realización de tareas peligrosas y los cambios en la organización de los lugares de trabajo (OMS, 2002).

- **Mejorar las condiciones psicosociales:**

- Aumentar las posibilidades de que el personal empleado influya en la realización del trabajo, sobre todo en lugares de trabajo caracterizados por un estrés perjudicial para la salud.
- Analizar la carga total de actividad en el trabajo y en el hogar, y explorar la posible introducción de horarios más flexibles (sin recurrir a contratos temporales e inestables) para prevenir un estrés excesivo. Esta actuación tiene especial importancia para las familias de renta baja con niños y niñas pequeños/as, ya que sus posibilidades de comprar tiempo – por ejemplo, contratando servicios domésticos o comprando alimentos preparados – son menores que en los grupos privilegiados. En esos grupos son también más frecuentes los horarios de trabajo poco flexibles y el trabajo por turnos.

- **Fortalecer la legislación para garantizar un lugar de trabajo saludable:**

- Democratizar el lugar de trabajo y promover un diálogo constructivo entre los representantes de sindicatos y empresarios.
- Mantener o crear servicios especiales de medicina del trabajo financiados con fondos públicos e independientes de los empresarios. Dar la mayor prioridad posible a la prevención primaria, estableciendo sistemas de alerta precoz de riesgos para la salud en el trabajo que incluyan los factores de riesgo psicosociales.
- Desarrollar o mantener marcos legislativos y reglamentarios que hagan posible la reducción de los riesgos para la salud en el trabajo, incluso en los casos en que no se logre alcanzar un acuerdo voluntario entre empresa y trabajadores.

- **Convertir el lugar de trabajo en un marco para la promoción de la salud:**

- El lugar de trabajo puede ser un marco natural para debatir sobre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en el que, además de considerarse los determinantes de la salud directamente relacionados, se consideren también aspectos como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y los efectos positivos de una dieta sana y del ejercicio físico. Se debe hacer, por supuesto, un esfuerzo especial

para estudiar las posibilidades de ayudar a quienes se encuentran en una situación de riesgo.

- Los proveedores de asistencia sanitaria deben estar a la cabeza en la aplicación de estas políticas de salud en el trabajo orientadas a la equidad en el sector de la asistencia sanitaria. Sorprendentemente, el propio sistema sanitario muestra desigualdades sociales muy llamativas en salud. Se encuentran en situación de especial riesgo el personal de limpieza, celadores y auxiliares de enfermería, mientras que el personal médico y el personal directivo suele disfrutar de una mejor salud y de mejores condiciones de trabajo. El análisis sistemático de los principales determinantes de estas desigualdades, así como de las medidas encaminadas a reducirlas, puede tener un doble propósito. En primer lugar, puede demostrar la conveniencia de participar en iniciativas nacionales o locales de lucha contra las desigualdades sociales en salud. En segundo lugar, es muy probable que las experiencias resultantes de la aplicación de políticas de equidad en la salud en los sistemas ya existentes, como los hospitales, aumenten el conocimiento y el interés por las políticas de salud orientadas a la equidad en general.

III. Desempleo

Impacto general en la salud

El desempleo causa mortalidad prematura y problemas de salud, entre ellos deterioro de la salud mental y aumento del riesgo de suicidio (Bartley, 1994). Se ha identificado como uno de los diez factores que más contribuyeron a la carga total de enfermedad en el decenio de 1990 en los 15 países que constituían la UE con anterioridad al 1 de mayo de 2004 (Diderichsen, Dahlgren y Vågerö, 1997).

Los niveles de desempleo son elevados en todo el continente europeo, situándose entre el 3% y el 16% o más, y la tendencia internacional al aumento de estas tasas en los últimos treinta años lo ha convertido en un problema constante para la mayoría de los gobiernos europeos (Duffy, 1998).

En el contexto europeo, el trabajo desempeña un papel fundamental en la sociedad: aporta los medios para adquirir ingresos, prestigio y un sentimiento de valía, y ofrece una forma de participación e integración como miembro pleno en la vida de la comunidad. El desempleo excluye a las personas de esa participación y de los beneficios que comporta el trabajo. En los países con una economía sumergida importante resulta difícil, no obstante, estudiar la relación entre el desempleo y la salud, puesto que las tasas oficiales de desempleo rara vez reflejan la realidad del mercado de trabajo (Gilmore, McKee y Rose, 2002).

El desempleo puede afectar también negativamente a la salud de los niños y niñas que viven en hogares con adultos en paro. La proporción de menores que vivían en hogares de estas características en 2004 oscilaba en los países de la UE entre el 2,0% y el 16,8% (Judge y cols., 2005). El riesgo percibido de desempleo inminente es también una fuente de estrés perjudicial para la salud. Por ello, el creciente porcentaje de la población activa que trabaja con un contrato temporal está pasando a ser otro determinante de problemas de salud además del propio desempleo.

Impacto en las desigualdades en salud

La carga de desempleo no se distribuye por igual entre toda la población. En la mayoría de los países europeos, el riesgo de desempleo aumenta a medida que se desciende en la escala de la posición socioeconómica y es mayor en los grupos que ya se encuentran en una posición débil o vulnerable en el mercado de trabajo (Duffy, 1998; Instituto Sueco de Salud Pública, 2005). Los grupos en situación de especial riesgo son los constituidos por trabajadores no cualificados, personas con pocos años de escolarización, familias de renta baja, madres solteras, minorías étnicas e inmigrantes recientes (Duffy, 1998).

Los principales mecanismos a través de los cuales el desempleo perjudica a la salud en estos grupos son la creciente pobreza causada por la pérdida de ingresos, la exclusión social y el consiguiente aislamiento respecto del apoyo social, y los cambios en conductas relacionadas con la salud, como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la falta de ejercicio debido al estrés o al aburrimiento. Pueden producirse además algunos efectos de por vida, ya que un período de desempleo aumenta el riesgo de desempleo en el futuro y perjudica las perspectivas profesionales a largo plazo (Montgomery y cols., 1996).

Intervenciones políticas en relación con el desempleo y la salud

El efecto negativo del desempleo en la salud es otra de las razones por las que debe darse una alta prioridad a las iniciativas encaminadas a su reducción en cualquier estrategia de desarrollo económico. La descripción y el análisis de las posibles intervenciones políticas de promoción del pleno empleo quedan fuera del alcance de este informe. Aquí nos limitaremos a analizar el desempleo como un determinante importante de las desigualdades sociales en salud, que exige intervenciones políticas como las siguientes:

- Prevenir desde un principio el desempleo con:
 - el establecimiento de objetivos de trabajo a escala nacional e internacional para reducirlo y alcanzar gradualmente el pleno empleo;
 - la promoción de políticas económicas y de marcos legales que estimulen o promuevan aún más el pleno empleo, con la adopción de medidas especiales para conseguir que esas políticas beneficien también a quienes estén en una posición más débil en el mercado de trabajo;
 - el aumento de las oportunidades para que las personas en situación de mayor riesgo – sobre todo desempleados de larga duración – reciban formación y educación de alta calidad;
 - la formulación de políticas de mercado de trabajo activas, incluidas la creación y el mantenimiento del empleo; y
 - la inclusión de evaluaciones del impacto del desempleo en la salud como consecuencia de distintas políticas económicas.
- Prevenir las reducciones drásticas de ingresos o el aumento de la pobreza entre los desempleados, mediante la introducción o el mantenimiento de ayudas económicas o

prestaciones por desempleo adecuadas; y crear vínculos efectivos entre la protección social, el aprendizaje permanente y las reformas del mercado de trabajo.

- Mejorar los procesos de reincorporación al mercado de trabajo mediante la adopción de sistemas activos de búsqueda de empleo, de sistemas de formación y de medidas especiales como la subvención de salarios o las desgravaciones fiscales para promover la contratación de desempleados de larga duración, personas discapacitadas, enfermos crónicos y jóvenes sin empleo.
- Reforzar las políticas de conciliación de la vida familiar y personal, que incluya la oferta de servicios de guarderías.
- Mejorar la competencia y la capacidad del sector sanitario para evitar el deterioro de la salud como consecuencia del desempleo – por ejemplo, con la prestación de servicios comunitarios de salud mental – y ofrecer un tratamiento adecuado a quienes sufren las consecuencias negativas del desempleo para la salud.

IV. Servicios de asistencia sanitaria

Impacto general en la salud

En Europa, desde finales del siglo XIX en algunos países y desde principios del siglo XX en otros, se ha reducido enormemente la mortalidad, al mismo tiempo que ha aumentado la esperanza de vida. En Inglaterra y los Países Bajos, dos de los primeros países en registrar dicho aumento, la esperanza de vida pasó de unos 40 años a mediados del siglo XIX a 60 años a mediados del siglo XX, y a 80 años a finales del siglo XX. Resulta difícil saber qué parte de esa mejora puede atribuirse a la asistencia médica. Las tendencias que se observan en enfermedades específicas y las fechas en que empezó a disponerse de intervenciones eficaces para su tratamiento parecen indicar que la mejora de la asistencia médica sólo supuso una contribución modesta hasta mediados del siglo XX. En Inglaterra, ese aumento de la esperanza de vida se ha atribuido en su mayor parte al aumento general del nivel de vida, a la mejora de la alimentación y a las reformas de los servicios de salud pública, manifestadas en el acceso a agua potable, en la mejora de las condiciones de vivienda y en unas condiciones de trabajo más seguras (McKeown, 1976; Szreter, 1998; Guha, 1994). Sin embargo, Mackenbach repitió este análisis en los Países Bajos, y estimó que la asistencia médica contribuyó al descenso de la mortalidad entre un 4,7% y un 18,5% entre 1875 y 1970 (Mackenbach, 1996).

En la segunda mitad del siglo XX, aumentó esa contribución de la asistencia médica a la elevación de la esperanza de vida, aunque no llegó a ser la más importante. En los Países Bajos y Estados Unidos, por ejemplo, se ha estimado que la mayor eficacia de la asistencia sanitaria supuso la adición de cinco años a la esperanza de vida al nacer (Mackenbach, 1996).

No obstante, los estudios de la mortalidad sólo ofrecen una imagen parcial del impacto total en la salud de los servicios sanitarios. Evidentemente, la contribución máxima a la salud de unos servicios sanitarios de alta calidad es reducir la morbilidad y la discapacidad, aliviar el dolor y el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los enfermos. Casi todas las personas, en algún momento de su vida, experimentan estos beneficios, pero no existen estimaciones cuantitativas de su impacto en la salud.

Impacto en las desigualdades en salud

El análisis de la supervivencia a enfermedades para las que existen tratamientos eficaces ha demostrado que, en todos los grupos socioeconómicos, la supervivencia mejoró en el siglo XX. Por causas como la tuberculosis, la apendicitis o las enfermedades neonatales – susceptibles de ser tratadas –, las tasas de mortalidad en Inglaterra y Gales se redujeron entre 1930 y 1960 un 70% en los grupos de nivel socioeconómico más bajo y un 80% en los grupos de nivel socioeconómico más alto. Esta diferencia en los porcentajes de reducción amplió la brecha de mortalidad entre los grupos en términos relativos, pero en cambio la redujo en términos absolutos (Mackenbach, Stronks y Kunst, 1989). Se ha descrito también una reducción de las desigualdades absolutas en mortalidad en los Países Bajos y en Suecia por enfermedades para las que existe tratamiento desde que se nace. Estos datos han llevado a Johan Mackenbach a concluir que la asistencia sanitaria ha contribuido de manera importante a la reducción de las desigualdades en salud: “La prestación de una asistencia médica eficaz, sumada a un grado de acceso si no perfecto, sí muy considerable, por parte de los grupos de nivel socioeconómico más bajo, ha hecho que se reduzcan las diferencias en mortalidad, al menos en términos absolutos” (Mackenbach, 2003:527).

Las desigualdades que siguen existiendo en el acceso a la asistencia sanitaria – observadas incluso en los sistemas de bienestar más avanzados de Europa – ponen de relieve la dimensión de los derechos humanos con respecto a esta cuestión (Whitehead y Dahlgren, 2007). La denegación o limitación del acceso a una asistencia sanitaria eficaz para quien la necesita es una negación de los derechos humanos en una sociedad civilizada.

El derecho a unos servicios sanitarios esenciales, en función de la necesidad y no de la capacidad de pago, se ha establecido también como un objetivo principal en muchos documentos políticos y declaraciones en toda Europa. Los Ministros de Sanidad de Bélgica, Alemania, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido expresaron esos objetivos en una comunicación conjunta realizada en agosto de 2005 (Judge y cols., 2005:17) en los siguientes términos:

“Los valores fundamentales de equidad, universalidad y solidaridad son los que sustentan los sistemas sanitarios de toda Europa. Todos nuestros sistemas, aunque muy diferentes en su organización, gestión y financiación, tratan de garantizar la equidad del acceso a unos servicios sanitarios de alta calidad, eficientes y económicamente sostenibles para toda la población, en función de la necesidad y no de la capacidad de pago. Todos los sistemas se basan en la solidaridad: entre enfermos y sanos, entre pobres y ricos, entre jóvenes y mayores y entre los que viven en zonas urbanas y los que viven en zonas rurales”.

El compromiso con estos valores es muy firme, como ha puesto de relieve la Oficina Regional de la OMS para Europa (2005c).

“Prácticamente en ningún país de la Región Europea de la OMS se consideraría aceptable o adecuado que una autoridad sanitaria nacional se declarase en contra de la justicia, la equidad, la solidaridad y la participación universal, o que adoptara medidas que pusieran en peligro esos valores. En ninguna sociedad europea se conciben tampoco la salud y los servicios sanitarios del mismo modo que otros productos básicos del mercado, que pueden privatizarse para obtener un beneficio.”

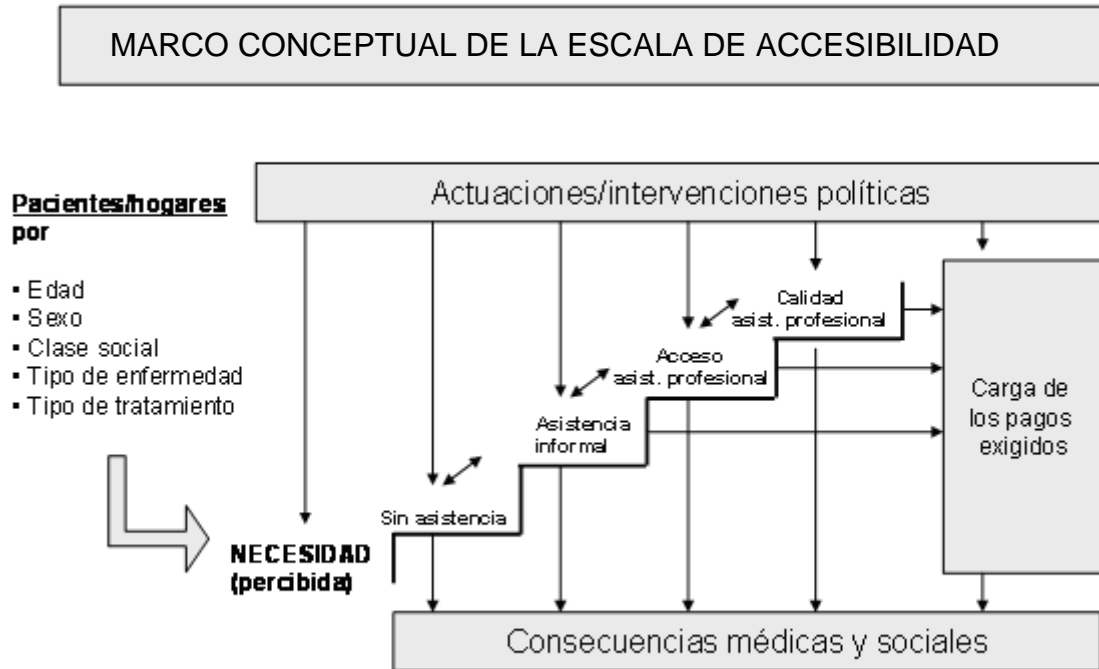
Sin embargo, la experiencia real de los hogares de renta baja en toda Europa suele distar mucho de este tipo de objetivos. La ley inversa de la asistencia – “la disponibilidad de una buena atención médica suele variar de forma inversa a la necesidad de la población atendida” (Hart, 1971) – sigue cumpliéndose en la mayoría de los países de la Región Europea. Además, la situación ha empeorado en algunos países desde comienzos del decenio de 1990. Las desigualdades en el acceso a unos servicios sanitarios y unos medicamentos accesibles y de alta calidad han aumentado en muchos países de Europa Central y Oriental, y lo mismo ha ocurrido en Europa Occidental. Esta tendencia negativa se ha producido incluso durante períodos de rápido crecimiento económico.

Las desigualdades sociales en los sistemas de salud presentan muchas dimensiones distintas relacionadas con el sistema informal de prestación de asistencia sanitaria y con el acceso, la calidad y la accesibilidad de los servicios sanitarios y de los medicamentos. La magnitud de las desigualdades observadas puede variar también mucho según el tipo de asistencia. Estas desigualdades sólo pueden observarse y entenderse plenamente desde la perspectiva del usuario o del núcleo familiar, como se ilustra a continuación.

Evaluaciones de la equidad en los sistemas de asistencia sanitaria

El primer paso para abordar las desigualdades sociales consiste en proceder a una evaluación de la equidad en el sistema de salud. En este tipo de evaluaciones, es importante que se considere no sólo el acceso del conjunto de la población, sino también las experiencias de los grupos de renta baja cuando solicitan asistencia sanitaria en relación con distintos tipos de problemas de salud. Debe prestarse atención a la carga económica que suponen para los pacientes los honorarios, los restantes pagos directos por servicios sanitarios públicos y medicamentos, y los honorarios y pagos no oficiales por servicios sanitarios comerciales prestados a precio de mercado. El marco conceptual del Programa de la Escala de Accesibilidad (*Affordability Ladder Programme*, ALPS), que se presenta en la Figura 3, puede facilitar este tipo de evaluación. En él se propone un análisis sistemático orientado a la equidad, desde la perspectiva del paciente y del núcleo familiar, que abarca todo el sistema de asistencia sanitaria, incluida tanto la asistencia informal como la formal (Dahlgren, 2004).

Figura 3. Marco conceptual del APLS para evaluación de la equidad en los sistemas sanitarios



Fuente: Dahlgren (2004).

Utilizando la lógica y los peldaños de este marco conceptual, se puede ilustrar su aplicación con los siguientes ejemplos europeos.

Peldaño 1. Consideración de las diferencias en la necesidad de asistencia

Desigualdades sociales en salud por razón de género. Estas desigualdades constituyen la base de cualquier análisis que se haga del acceso y la utilización de servicios sanitarios. La equidad en los servicios sanitarios implica que la carga de enfermedad más pesada en los grupos de renta baja debe verse plenamente reflejada en una mayor utilización de los servicios sanitarios esenciales. Si se observa el mismo grado de utilización de los servicios sanitarios en todos los grupos socioeconómicos, puede que existan importantes desigualdades sociales en su acceso y utilización. Se deben analizar los gradientes sociales de las enfermedades para saber cómo variará la consiguiente necesidad de servicios. Esta relación entre desigualdades sociales en el estado de salud y desigualdades en la asistencia sanitaria suele pasarse por alto en las evaluaciones de los sistemas de asistencia sanitaria.

Tipos de problemas de salud y servicios necesarios. El acceso económico a un sistema de asistencia sanitaria puede variar dependiendo no sólo de diferencias en los recursos económicos de los pacientes, sino también en el coste del tratamiento específico necesario para una cierta enfermedad o problema de salud. Esta afirmación puede parecer evidente, pero los análisis habituales del acceso a los servicios no tienen

en cuenta las diferencias en los costes del tratamiento de distintas enfermedades, sino que calculan el coste medio de la asistencia. En la realidad, sin embargo, puede ocurrir que casi toda la población tenga acceso a algunos tratamientos de bajo coste, pero sólo los grupos más privilegiados puedan disponer de tratamientos costosos de alta tecnología. Puesto que todos los pacientes desean acceder a los servicios médicos que precisa su problema de salud, es importante que cuando se analice la equidad en el acceso y la utilización de los sistemas de salud, se tengan también en cuenta las diferencias en el acceso según los distintos problemas de salud y tratamientos. Este tipo de análisis desglosado por enfermedades sigue siendo poco frecuente en la mayoría de los países europeos.

Peldaño 2. Asistencia informal o autocuidado

Cuando una persona se pone enferma, la mayor parte de los cuidados que recibe se prestan sin contacto alguno con un proveedor profesional de servicios sanitarios. Este autocuidado o asistencia informal prestada por un familiar o amigo rara vez se menciona en los análisis de los sistemas de asistencia sanitaria. Y ello a pesar de que la capacidad de prestación de este tipo de cuidados suele ser mucho menor en los grupos de renta baja, que además son los que soportan la carga más pesada de enfermedad. En la evaluación del acceso debe considerarse siempre si se está prestando asistencia forzada o informal perjudicial para la salud debido a la existencia de problemas en el acceso a la asistencia profesional disponible.

Peldaño 3. Acceso a la asistencia sanitaria

Acceso geográfico. En la mayoría o en todos los países, es habitual que el número de centros sanitarios y de médicos aumente a medida que aumenta la renta media de las regiones geográficas atendidas. Esta tendencia suele ser más marcada en los sistemas de asistencia sanitaria orientados al mercado y basados en una multiplicidad de proveedores privados con fines lucrativos.

Acceso económico. Las barreras económicas dificultan el acceso a la asistencia en muchos países. Por ejemplo, en Armenia, Georgia y la República de Moldavia, más del 50% de la población no solicita asistencia médica cuando se pone enferma porque no puede pagarla. En Kirguistán, el 36% de la población total y el 70% del grupo más desfavorecido ha reconocido que no puede pagar los medicamentos que se le prescriben (Walters y Suhrcke, 2005). En Tayikistán se han observado desigualdades igual de importantes en el acceso a la asistencia y a medicamentos esenciales, ya que un 70% del quintil más pobre de la población no puede pagar los medicamentos que se le prescriben (Falkingham, 2004).

En muchos países de la Región Europea de la OMS, las desigualdades en el acceso económico a servicios sanitarios esenciales son cada vez mayores. En Tayikistán, por ejemplo, cada vez son más las mujeres que dan a luz en el hogar, en lugar de acudir a un centro médico, porque no pueden pagar los servicios prestados en éste (Falkingham, 2004). En muchos países, los grupos más privilegiados suelen hacer un mayor uso de los hospitales públicos que los grupos menos privilegiados, aunque la necesidad de asistencia sea menor en aquellos que en éstos. Por ejemplo, los más ricos en Tayikistán y Kazajstán hacen el doble de uso de los hospitales públicos que los más pobres (Falkingham, 2001).

Las barreras económicas que dificultan el acceso a servicios sanitarios y a la prescripción de medicamentos esenciales se están convirtiendo en un problema cada vez mayor en los países de Europa Occidental, ante el aumento de la proporción del gasto sanitario total que los pacientes pagan de su bolsillo. Por ejemplo, 250.000 suecos y suecas han reconocido que no pueden pagar los medicamentos que se les prescriben (Consejo Nacional de Salud y Bienestar, 2002). Estudios en profundidad realizados recientemente sobre el acceso a los medicamentos prescritos indican que el 60% de las personas con problemas económicos no los compran. Además, el 27% de los hombres y el 28% de las mujeres con problemas económicos no solicitan asistencia profesional, pese a reconocer que la necesitan, frente al 10% de las personas sin problemas económicos que están la misma situación (Wamala y cols., 2006).

Un informe publicado en 2005 por la Oficina Europa de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo concluyó que las barreras económicas eran el principal factor limitador del acceso a la asistencia sanitaria en los PECO y los NEI, y que la situación se había deteriorado durante la transición a una economía de mercado. Esta tendencia se ha visto reforzada por el recorte de la financiación pública de los servicios sanitarios, los bajos salarios que percibe el personal médico y los elevados pagos informales y formales exigidos para la recepción de servicios sanitarios y de medicamentos (Walters y Suhreke, 2005).

Peldaño 4. Calidad asistencial

En muchos países existen importantes desigualdades sociales en la calidad de la asistencia recibida. Los más pobres en Bulgaria, sobre todo si son mujeres, reciben una atención primaria de peor calidad (Balanbanova y McKee, 2002). En Tayikistán, la probabilidad de acceder a servicios de nivel superior a los de atención primaria es menor en los grupos menos privilegiados que en los más privilegiados, lo que probablemente sea un indicador de la existencia de barreras de acceso a la asistencia más especializada (Falkingham, 2004).

Peldaño 5. Carga de los pagos exigidos

Los pagos que los pacientes realizan de su bolsillo pueden constituir una carga importante, sobre todo para los grupos de renta baja, o incluso sumir a algunas personas en la pobreza. Se trata, por tanto, de un aspecto importante del sistema sanitario que ha de evaluarse desde la perspectiva de la equidad. Aunque dicha evaluación demuestre que la cuantía de los pagos directos es pequeña, eso no significa necesariamente que todo esté bien. La pequeña magnitud de esa cuantía puede deberse a la total imposibilidad de los grupos más pobres para acceder a los servicios por motivos de coste. En ese caso, no incurrirían en ningún gasto médico, pero sufrirían las consecuencias de no recibir una asistencia que necesitan. Para discernir entre estas dos causas de unos pagos directos de escasa cuantía, se tienen que analizar tanto la carga que esos pagos suponen para las personas que utilizan los servicios sanitarios como el grado en que distintos grupos socioeconómicos no utilizan los servicios sanitarios por un problema de coste.

Para saber si un cierto nivel de gasto en asistencia sanitaria es asequible o no, conviene expresar los costes como porcentaje del presupuesto familiar disponible o de los ingresos del paciente. Este tipo de análisis desglosado por grupos socioeconómicos ha revelado en Kazajstán que los pacientes más pobres que necesitan atención hospitalaria

han de gastarse el equivalente a más del doble de sus ingresos mensuales para recibirla. Los pacientes más privilegiados han de gastarse el equivalente a sólo la mitad de sus ingresos mensuales, lo que sigue representando una pesada carga (Lewis, 2000). Pero como la asistencia hospitalaria es poco frecuente, es también importante analizar los pagos directos totales exigidos para recibir atención primaria y medicamentos.

Cuando se analiza la carga que suponen estos pagos, se ha de determinar el grado en que los distintos grupos socioeconómicos se benefician de las subvenciones públicas existentes. En muchos países es frecuente que muchas de esas prestaciones vayan a parar a grupos que están en una mejor posición. Así ocurre, por ejemplo, en Armenia, donde el quintil más pobre de la población utiliza sólo del 13% del gasto público total, mientras que el quintil más rico utiliza casi el 40% (Banco Mundial, 2002).

Un problema especial en muchos PECO y NEI es el de los elevados honorarios informales y no regulados (bajo cuerda) que han de pagar los pacientes, aparte de los pagos oficiales. Este tipo de pagos es un cáncer para cualquier sistema sanitario público, ya que transfiere los beneficios de la financiación pública de los pacientes a los proveedores y hace que los gastos privados necesarios para recibir unos servicios públicos se acerquen cada vez más a los costes de los servicios comerciales. Un problema importante en estas circunstancias, tanto desde la perspectiva del individuo como desde la perspectiva de la sociedad, es que en muchos países la mayoría de los pacientes se ven obligados a pagar esos honorarios informales. El porcentaje de pacientes que pagan honorarios informales es del 91% en Armenia y del 78% en Azerbaiyán. La mediana de la cuantía de los pagos bajo cuerda realizados en Bulgaria es equivalente al 21% del salario mínimo mensual (Balabonova y McKee, 2002). El problema parece estar agravándose en muchos países. En Albania, por ejemplo, el porcentaje de pacientes obligados a pagar honorarios bajo cuerda aumentó del 20% en 1996 a más del 80% en el año 2000 (Lewis, 2000). En estos países no se ha estimado todavía el impacto que tienen las barreras de acceso, el deterioro de la calidad y la pesada carga que suponen esos pagos en las desigualdades en salud. No obstante, existen buenas razones para creer que sus efectos negativos, en términos de problemas de salud y mortalidad prematura, son considerables en muchos PECO y NEI.

Las desigualdades en los sistemas públicos son aún mayores cuando existe un sector sanitario comercial importante que presta servicios únicamente a quienes pueden pagar su precio de mercado. Éstas son razones especiales para analizar en profundidad el impacto de las reformas sanitarias que promueven el papel de los servicios sanitarios privados con fines lucrativos (comerciales) en las desigualdades sociales en la salud y en la asistencia sanitaria.

Aunque estas desigualdades sean mucho más pronunciadas en los PECO y los NEI, en Europa Occidental existen los mismos problemas, aunque de menor magnitud, y se aprecia la misma tendencia al aumento de los pagos directos. Por ejemplo, los pagos que los pacientes realizan de su bolsillo y otros pagos privados directos por la recepción de servicios sanitarios y de medicamentos aumentaron del 10% al 16% del gasto sanitario total en el decenio de 1990 en Suecia. Allí, 250.000 suecos y suecas han reconocido que no pueden pagar los medicamentos que se les prescriben (Consejo Nacional de Salud y Bienestar, 2002).

Políticas sanitarias orientadas a la equidad

Una Resolución de 2001, aprobada por los 52 Ministros de Sanidad de Europa, encomendó a la Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo, con sede en Venecia, la tarea de analizar y divulgar información sobre lo que pueden hacer los sistemas de asistencia sanitaria para reducir los efectos de la pobreza y la desigualdad en la salud. Con este fin, esta Oficina ha tratado de promocionar la siguiente estrategia relacionada con los sistemas de salud, compuesta por cuatro frentes (Ziglio y cols., 2003):

1. Refutar la ley inversa de la asistencia sanitaria (que se cumple en todos los países europeos), según la cual “la disponibilidad de una buena atención médica suele variar de forma inversa a la necesidad de la población atendida” (Hart, 1971); por ejemplo, con mejoras de la cobertura, la elegibilidad, el acceso geográfico y cultural y el reparto equitativo de los recursos.
2. Evitar que los servicios sanitarios puedan ser una causa de pobreza; por ejemplo, con atención a la financiación y a la carga de los pagos exigidos.
3. Ayudar a aliviar los daños causados por determinantes más generales de la salud; por ejemplo, con la prestación de servicios comunitarios a personas sin techo y a otras personas que viven en la pobreza y a las que resulta difícil llegar.
4. Actuar más directamente sobre los determinantes generales de la salud; por ejemplo, con la mejora de los servicios comunitarios a través de alianzas establecidas con organizaciones ajenas al sector sanitario.

La necesidad y la posibilidad de aplicación de esta estrategia de cuatro frentes varían mucho en la Región Europea según se trate de un país de renta alta, de renta media o de renta baja. Por otra parte, las reformas del sector sanitario sólo pueden tomar como punto de partida los sistemas sanitarios existentes, y éstos varían mucho en toda Europa. En consecuencia, las estrategias para luchar contra las desigualdades sociales en el sistema de asistencia sanitaria sólo pueden formularse para el contexto específico de cada país. Con todo, unas reformas eficientes y orientadas a la equidad del sistema sanitario de un país deben tener en cuenta las siguientes cuestiones generales, intervenciones políticas y experiencias:

Promover un autocuidado o asistencia informal de calidad: Un fin descuidado, pero legítimo, de la formulación de políticas públicas es el aumento de las posibilidades de prestación de un buen autocuidado o asistencia informal, sobre todo en el caso de las familias de renta baja. Este tipo de iniciativas puede revestir o bien la forma de ayudas públicas para mejorar los conocimientos en salud o bien la forma de servicios sustitutivos para aliviar la carga de los cuidadores informales de niños y niñas enfermos o de personas de edad avanzada. Algunos países han adoptado también otras estrategias de mejora de la capacidad y la calidad de los cuidadores informales. Una tarea importante de los responsables de la formulación y aplicación de políticas de salud y asistencia sanitaria es analizar si las distintas reformas del sector sanitario y las políticas sanitarias contribuyen a reducir o a aumentar la asistencia informal forzada o perjudicial para la salud, y en qué grado.

Promover las perspectivas multisectoriales: El sector de la asistencia sanitaria es uno más entre los muchos determinantes de la salud. Los profesionales de este sector rara vez reconocen la perspectiva multisectorial que debe tenerse en cuenta en el desarrollo de la salud. Llegan incluso a considerar que su sector constituye el determinante más importante de la salud, y no analizan la importancia de los restantes determinantes. Esta estrechez de miras aplicada al desarrollo de la salud reduce las posibilidades de formulación de estrategias multisectoriales orientadas a la equidad en la salud. Por ello es importante que se adopte una perspectiva más amplia y que se promuevan activamente el diálogo y la colaboración con otros sectores, mediante la adopción de iniciativas como las siguientes:

- información sobre las causas, la magnitud y la distribución de distintos problemas de salud que son importantes, con el fin de intensificar las actividades realizadas en cada sector para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud;
- desarrollo y utilización de distintos métodos para la realización del análisis del impacto en la salud orientado a la equidad;
- realización de actuaciones multisectoriales de promoción de la salud, con la colaboración de representantes de distintos sectores en la planificación y ejecución de proyectos y programas relacionados con la salud y orientados a la equidad; y
- colaboración multisectorial para facilitar la prestación de servicios a grupos marginados a los que resulta difícil llegar, como las personas sin techo y algunas minorías étnicas.
- insistencia en que los servicios sanitarios públicos no sean considerados como un producto básico más en un mercado comercial. Experiencias obtenidas en todo el mundo indican claramente que no puede lograrse la equidad en los sistemas de asistencia sanitaria en un mercado comercial. Por eso es fundamental que los servicios sanitarios financiados con fondos públicos queden excluidos de los acuerdos generales de libre comercio propuestos por la Organización Mundial del Comercio y la UE.

Promover políticas fiscales que garanticen fondos públicos suficientes: Los fondos públicos se pueden distribuir en función de la necesidad, y no de la capacidad de pago, mientras que los pagos privados a proveedores comerciales no pueden distribuirse de este modo. En consecuencia, las intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades en la asistencia sanitaria necesitan sistemas financiados en su mayor parte con recursos públicos. Los responsables políticos del sector sanitario han de analizar políticas fiscales alternativas. Además de las políticas fiscales nacionales, hay que considerar la posible creación de sistemas fiscales internacionales, como los basados en el establecimiento de impuestos sobre las transferencias de fondos o sobre el transporte aéreo, y en la adopción de medidas para evitar la evasión a paraísos fiscales. La descripción y el análisis de las posibles intervenciones nacionales e internacionales en materia de política fiscal quedan fuera del alcance de este informe. Aquí nos centraremos únicamente en la importancia crítica de este tipo de análisis cuando la globalización reduce la capacidad de los gobiernos para recaudar fondos suficientes a través de los impuestos nacionales.

Desarrollar o mantener sistemas públicos de prepago: En los países que financian los servicios sanitarios principalmente a través de impuestos o con distintos tipos de regímenes públicos de seguro médico, un reto importante es asegurar que esas estrategias de financiación no se vean debilitadas por posibles recortes en los fondos públicos, por la exigencia de mayores pagos a los usuarios o por la expansión de regímenes privados de seguro médico. Además, es fundamental que los recursos públicos disponibles se distribuyan en función de la necesidad, y no de la capacidad de pago.

Los proveedores privados con fines lucrativos que prestan servicios sanitarios financiados con fondos públicos pueden debilitar también el modelo de financiación pública. Tienen intereses personales que les llevan a dar prioridad a los pacientes privados, ya que éstos suelen ser más rentables que los que reciben una asistencia pagada con recursos públicos. Por todo ello, el Parlamento sueco aprobó en 2005 una ley que prohibía a los hospitales financiados con fondos públicos atender a pacientes privados que pagaran con dinero de su bolsillo o a través de un seguro médico privado. Sin embargo, esa ley se abolió en 2007, después de que la “derecha” desplazara a la “izquierda” en los partidos con mayoría en el Parlamento.

En los países donde los pagos privados formales e informales por los servicios sanitarios (incluida la atención dental) y los medicamentos constituyen una parte importante y con frecuencia cada vez mayor de los costes totales de la asistencia sanitaria, la única alternativa viable para reducir las desigualdades en la asistencia es la introducción gradual de sistemas públicos de prepago. Esa es también la conclusión que se recoge en la Resolución WHA 58/33 de la Asamblea Mundial de la Salud aprobada en 2005. Una estrategia gradual de sustitución de los elevados honorarios que pagan los usuarios por un modelo de financiación pública basado en los impuestos o en regímenes públicos de seguro médico podría contemplar las siguientes intervenciones:

- un aumento de la financiación pública para mejorar la capacidad y la calidad del sistema público actual de asistencia sanitaria – en particular, para el tratamiento de enfermedades relacionadas con la pobreza;
- un seguro médico financiado a través de los impuestos y ofrecido de forma gratuita o con un coste marginal a las personas sin recursos o a las familias y a los menores;
- la introducción de regímenes de seguro médico basados en las empresas que cubran también a las familias de los trabajadores;
- el análisis de la posibilidad de vincular los distintos regímenes públicos de seguro médico que existen actualmente para facilitar las subvenciones indirectas entre ellos; y
- la introducción de regímenes de seguro médico obligatorios y subvencionados que, conjuntamente con los que ya existen, permitan alcanzar la cobertura universal.

La descripción y el análisis de las intervenciones posibles en cada país para conseguir gradualmente la cobertura universal quedan fuera del alcance de este informe. En cambio, desde la perspectiva de la equidad en la salud y en la asistencia sanitaria, la experiencia indica claramente que, sobre todo los regímenes de seguro médico voluntarios y los privados con fines lucrativos, no están al servicio de los grupos que

más necesidad tienen de asistencia. Estos regímenes dificultan además la introducción de regímenes públicos obligatorios de seguro médico, en donde los grupos económicamente más privilegiados subvencionan la asistencia de los menos privilegiados.

Desarrollar formas de distribuir los recursos en función de la necesidad: Los recursos pueden distribuirse entre distintas áreas administrativas utilizando un índice específico basado en las necesidades, que tenga en cuenta no sólo el tamaño de la población y la estructura por edades, sino también las desigualdades sociales en el estado de salud. La introducción de este modelo de distribución de los recursos en función de la necesidad tiene que ser gradual, debido a las estructuras físicas existentes y otros condicionantes.

Sólo los fondos públicos se pueden distribuir de este modo en función de la necesidad. Los pagos privados que realizan los pacientes de su propio bolsillo o a través de regímenes privados de seguro médico no pueden redistribuirse a los que no pueden pagar. Los pagos oficiales exigidos a los usuarios pueden, en teoría, transferirse de zonas más ricas a zonas más pobres, pero en la práctica se hace muy rara vez. No obstante, se deben considerar los pagos a proveedores comerciales cuando en un país se establecen los criterios de distribución de los fondos en función de las necesidades. Se pueden considerar también – sobre todo en países donde se exigen pagos elevados a los usuarios – los ingresos procedentes de los honorarios pagados por los usuarios, ya que generalmente estos son mayores en las zonas más privilegiadas.

La introducción gradual de un sistema de distribución de recursos basado en las necesidades tiene una especial importancia en países que siguen utilizando el número de camas de hospital como criterio para dicha distribución. La distribución de los recursos en función del número de camas aumenta las desigualdades geográficas ya existentes y dificulta la adopción de un sistema eficiente de asistencia sanitaria orientado a la equidad.

Reducir la fuga de cerebros: Un problema grave que afecta a algunos países de renta baja y media es que el personal médico cualificado recibe del extranjero ofertas mejores en materia de retribución salarial y otras prestaciones, que le llevan a abandonar su propio país. Esta fuga de cerebros se da también dentro de cada país entre el sector sanitario público y el comercial, y contribuye a ampliar las desigualdades en el sistema sanitario, puesto que los proveedores comerciales atienden sobre todo a los grupos más privilegiados y no pueden satisfacer la necesidad que tienen los pobres de una asistencia muy costosa. Es difícil evitar esta fuga de cerebros dentro de un país, y rara vez se habla de ella. Por eso es importante analizar si la expansión del sector sanitario comercial dificulta el mantenimiento y el desarrollo de servicios sanitarios públicos en zonas de renta baja y para pacientes de renta baja, y en qué medida.

Reducir la carga de los pagos exigidos: La carga de los pagos exigidos en los sistemas de asistencia sanitaria orientados al mercado es mayor para los grupos de renta baja, a pesar de tener una menor capacidad de pago y una mayor necesidad de asistencia. La reducción de esta carga pasa por la formulación de estrategias justas de financiación basadas en sistemas públicos de prepago, como se ha expuesto antes. Estos sistemas deben contemplar también la subvención de medicamentos esenciales, puesto que el gasto farmacéutico constituye a menudo una parte importante del presupuesto familiar que se destina a asistencia sanitaria. Otras formas de reducir la carga de los pagos consisten en aumentar el control del precio de los medicamentos, favorecer el uso de

genéricos y ofrecer créditos a bajo interés para pagar los servicios sanitarios (incluida la atención dental) y los medicamentos. Así pues, las posibilidades de financiación de los servicios de asistencia sanitaria se deben presentar y analizar siempre desde la perspectiva tanto de la administración pública como del usuario.

Vigilar las desigualdades en el sistema de asistencia sanitaria: Los distintos tipos de desigualdades existentes en un sistema de asistencia sanitaria se deben vigilar de cerca y dar a conocer no sólo a profesionales y políticos, sino también al público en general. Ha de procurarse la creación de un *observatorio de la asistencia sanitaria*, desde el que se pueda demostrar si las diferentes reformas y políticas del sector contribuyen a reducir las barreras y otros problemas que afectan a la población en general y a los grupos de renta baja en particular, y en qué medida.

Estrato 3: Políticas de integración social y comunitaria

En los últimos diez años ha aumentado el interés por el tercer estrato del Arco Iris – las relaciones sociales y comunitarias – como determinante de la salud de la población en general y de las desigualdades en salud dentro de un mismo país en particular. Una parte de este estrato – las pruebas de lo que se denomina indistintamente *teoría del entorno psicosocial, capital social o cohesión social* – ha suscitado un acalorado debate y se ha convertido en una especie de campo de minas (Lynch y cols., 2000; Marmot y Wilkinson, 2001; Whitehead y Diderichsen, 2001).



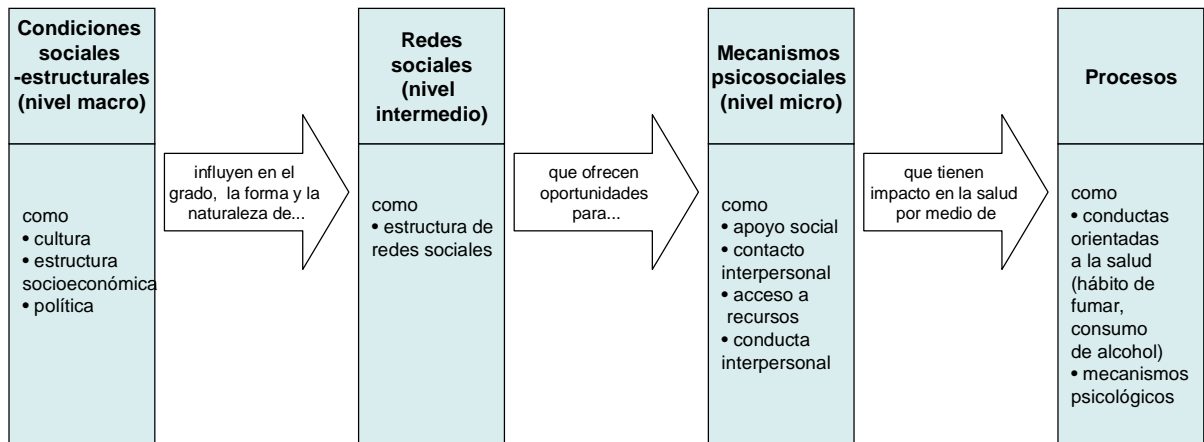
Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

Sin entrar a fondo en los detalles del debate, resumimos aquí algunas de las distinciones básicas que deben tenerse en cuenta cuando se piensa en las intervenciones políticas más eficaces para promover la equidad en la salud en este estrato de influencia.

Las redes sociales como contexto

Berkman y Glass (2000) han resumido así las pruebas que existen sobre este estrato de influencia: “La naturaleza de las relaciones humanas – el grado de interrelación de un individuo y de su integración en la comunidad – es crucial para la salud y el bienestar individual, así como para la salud y la vitalidad de poblaciones enteras.” El modelo conceptual que proponen imagina redes sociales integradas en el contexto social y cultural general que condiciona el grado, la naturaleza y la forma de dichas redes. La estructura y la función de las redes influyen, a su vez, en el apoyo social, la integración, el acceso a los recursos y la conducta social e interpersonal; esto queda representado en la **Figura 4**.

Figura 4: Marco conceptual de Berkman y Glass para la determinación del impacto de las redes sociales en la salud



Fuente: Adaptado de Berkman y Glass (2000).

El modelo ayuda a sugerir los posibles puntos de intervención política en el camino que lleva del nivel macro al nivel micro. Ahora bien, primero hay que discernir entre la perspectiva de la salud general y la perspectiva de la desigualdad en la salud.

Impacto general en la salud

Hay que diferenciar entre los impactos en la salud que se producen a nivel individual y los que se producen a nivel de toda la población. A nivel individual, existen pruebas claras de que algunos tipos de redes sociales, de participación social y de relaciones sociales de apoyo son beneficiosas para la salud de una persona. Por ejemplo, las personas integradas en redes sociales fuertes tienen una tasa de mortalidad dos o tres veces menor que las personas con lazos sociales débiles (House, Landis y Umberson, 1998; Berkman, 1995). Por el contrario, las personas que viven desconectadas o aisladas del resto tienen un mayor riesgo de sufrir una muerte prematura (Berkman y Glass, 2000). Un bajo nivel de control en el trabajo y de apoyo social son ambos factores predictores de cardiopatía coronaria o problemas de salud mental (Bosma y cols., 1997; Hemingway, Kuper y Marmot, 2003).

A nivel poblacional, existen rasgos propios del contexto social colectivo (como el barrio, la comunidad y la sociedad) *externos al individuo*, que influyen en el nivel de salud experimentado en esa población. Las grandes desigualdades en renta que se observan dentro de los distintos estados de los Estados Unidos (Kawachi y cols., 1997; Kawachi, Kennedy y Glass, 1999) y entre otros países de renta alta (Wilkinson, 1996) se asocian a una peor valoración de la propia salud y a una mayor mortalidad en esas poblaciones. Algunos investigadores han establecido asociaciones entre los niveles de confianza interpersonal, la voluntad de ayuda a los demás y la densidad de afiliación a los grupos por una parte, y unos mejores niveles de salud de la población por otra (Kawachi, Kennedy y Glass, 1999). Otros investigadores no han logrado demostrar esa asociación en las diferencias entre países de renta alta, pero han encontrado mejores perfiles de mortalidad infantil en los países con un mayor índice de afiliación sindical y una mayor representación política de las mujeres (Lynch y cols., 2001), ambas cosas indicativas del contexto cultural y político general en el que viven las personas.

Impacto en las desigualdades en salud

A nivel individual, existe un claro gradiente social en la exposición a un apoyo social más débil, al aislamiento social y a un bajo nivel de control en el trabajo, aumentando la exposición a medida que desciende la posición social (Colhoun y Prescott-Clarket, 1996). El desempleo o la pobreza comportan un mayor riesgo de exclusión social. En el estudio británico realizado por Whitehall a funcionarios, un bajo nivel de control sobre las decisiones tomadas en el lugar de trabajo explicaba casi la mitad del gradiente social observado en las enfermedades cardiovasculares (Marmot y cols., 1997a).

A nivel de la población, los países con mayor cohesión en sus sistemas de bienestar tienden a promover una participación política más generalizada, lo que lleva a la aprobación de políticas que benefician a todos los sectores de la sociedad. Estos sistemas más universales producen, a su vez, menos desigualdades y menores tasas de pobreza (Korpi y Palme, 1998). Lo contrario – unos servicios dirigidos únicamente a los más pobres – corre el riesgo de convertirse en un mal servicio, como advirtió en su día el científico y sociólogo británico Richard Titmuss.

La calidad de las relaciones sociales suele ser también peor en los grupos de renta baja. La vida familiar soporta frecuentemente un mayor grado de estrés cuando las familias tienen que sufrir todas las dificultades habituales de vivir en unas condiciones de pobreza relativa (Wilkinson, 2005).

Intervenciones políticas para la promoción de la integración social y comunitaria

Estas intervenciones pueden dividirse en tres categorías principales según promuevan el apoyo social al individuo, las interacciones horizontales o las interacciones verticales en una población, como se indica a continuación.

- Prestar servicios sanitarios y sociales adicionales a grupos y comunidades desfavorecidos, que ofrezcan apoyo emocional a progenitores de niños y niñas de corta edad y a madres jóvenes (Acheson y cols., 1998).
- Promover las interacciones sociales *horizontales* – es decir, entre los miembros de una misma comunidad o grupo – para que puedan actuar las dinámicas de la comunidad. Estas intervenciones pueden consistir en:
 - la puesta en marcha de iniciativas de desarrollo comunitario que permitan a las personas trabajar colectivamente en las prioridades que ellas mismas establezcan en materia de salud;
 - la creación de infraestructuras necesarias en los barrios – por ejemplo, con instalaciones y lugares de encuentro en un ambiente informal – para facilitar la interacción social.
- Reforzar o crear sistemas que promuevan las interacciones sociales *verticales* en el conjunto de la sociedad. Estas intervenciones tienen como finalidad la creación de lazos verticales entre grupos distintos, desde el nivel más alto hasta el más bajo de la escala social, para promover la integración y la plena participación económica y política. Las iniciativas verticales se basan en la teoría de que la promoción de la

solidaridad en toda la sociedad consigue una sociedad menos dividida, con menores desigualdades sociales y, por tanto, con un acceso más equitativo a los recursos para la salud. Algunos ejemplos son:

- creación de sistemas sociales y educativos incluyentes, donde *todos contribuyan y todos se beneficien*;
- políticas de empleo dirigidas a integrar a todos los grupos de la sociedad en el mercado de trabajo; e
- iniciativas para reforzar el proceso de democratización y facilitar la participación en él de los que estén privados del derecho a voto.

Estrato 4: Políticas relacionadas con el estilo de vida y orientadas a la equidad



Las conductas personales, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la dieta y el ejercicio, influyen en la salud de la población, muestran gradientes sociales y contribuyen a algunas de las desigualdades sociales observadas en salud. Ahora bien, antes de poder formular estrategias para la reducción de esas desigualdades, hay que conocer las causas de los gradientes sociales en el estilo de vida. En esta sección

se consideran tres factores clave relacionados con el estilo de vida y se examinan posibles intervenciones políticas para actuar sobre ellos desde la perspectiva de la equidad.

Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

Estilos de vida determinados por factores estructurales y estilos de vida elegidos individualmente

Los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad, la hipertensión y la hipercolesterolemia, están implicados por lo menos en un tercio de la carga total de enfermedad en Europa (OMS, 2002). En ocasiones, los factores de riesgo conductuales, como el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol, se presentan como decisiones personales tomadas libremente y, por tanto, como diferencias sociales en estilos de vida atribuibles a unas elecciones personales poco saludables. La estrategia obvia para reducir estos factores de riesgo relacionados con el estilo de vida consiste en informar a las personas de los efectos perjudiciales para la salud que tienen esos factores, de manera que se las motive para cambiar de estilo de vida; es decir, para elegir opciones más saludables.

En cambio, el supuesto de que los estilos de vida de distintos grupos socioeconómicos son el resultado de decisiones tomadas libremente no se cumple, ya que el entorno social y económico en el que vive cada persona tiene una importancia crítica para conformar su estilo de vida (Stronks y cols., 1996; Jarvis y Wardle, 1999). El reconocimiento de que esos estilos de vida están influidos por factores estructurales subraya la importancia que tienen las intervenciones estructurales para reducir las desigualdades sociales en enfermedades relacionadas con el estilo de vida. Este tipo de intervenciones pueden ser políticas fiscales que aumenten el precio de los productos perjudiciales para la salud o medidas legislativas que limiten el acceso a esos productos. Igual de importante es promover unos estilos de vida más saludables con medidas que faciliten la elección de alternativas saludables; por ejemplo, con subvenciones públicas o con un mayor acceso a alimentos saludables y a instalaciones recreativas.

La importancia de este tipo de intervenciones estructurales puede ser mucho mayor para los grupos de renta baja que para los de renta alta, lo que refuerza todavía más la importancia de unas estrategias que combinen las intervenciones estructurales con la educación sanitaria para mejorar la salud del conjunto de la población y, sobre todo, para reducir las desigualdades sociales en salud.

I. Control del tabaco

Impacto general en la salud

El tabaquismo aumenta el riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón y muchos otros cánceres, cardiopatías, ictus y enfermedades respiratorias crónicas. Sigue siendo el factor de riesgo conductual más importante en Europa, aunque la prevalencia de fumadores diarios en la mayoría de los países de Europa Occidental se haya reducido considerablemente entre 1990 y 2005. El tabaquismo mata a más de un millón de hombres y a más de 200 000 mujeres en la Región Europea de la OMS todos los años (Peto y cols., 2004). El porcentaje de hombres fumadores sigue siendo muy alto en los PECO y los NEI. La Federación Rusa tiene uno de los porcentajes más altos del mundo: el 61% de los hombres rusos eran fumadores en 2004. El porcentaje es menor en el caso de las mujeres, pero ha aumentado del 9% en 1992 al 15% en 2004 (Walters y Suhrcke, 2005).

El impacto del tabaquismo en la salud de los fumadores pasivos es mucho mayor de lo que se supone habitualmente. En Suecia, un país con el menor porcentaje de fumadores de todos los países europeos, todos los años mueren más personas por tabaquismo pasivo que por accidentes de tráfico (Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social, 2001). La exposición al humo del tabaco se ha asociado a infecciones de las vías respiratorias bajas, muerte súbita de lactantes, asma, cardiopatías isquémicas y distintos tipos de cáncer. Además, las mujeres que fuman durante el embarazo aumentan el riesgo de bajo peso al nacer y del síndrome de muerte súbita del lactante (OMS, 2002).

El tabaquismo tiene además unos costes económicos muy elevados. Por ejemplo, en un estudio realizado en Hungría se ha estimado que los costes relacionados con el tabaquismo representaron una pérdida del 3,2% del PIB en 1998 (Szilagyi, 2004). Esos mismos costes en Alemania representaron el 2% del PIB en 1993 (Welte, König y Leidel, 2000). En la UE se ha estimado que el coste total del tabaquismo osciló entre 97 000 millones de euros y 130 000 millones de euros en 2000, lo que corresponde a entre 211 euros y 281 euros por persona y más del 1% del PIB de la Región (Ross, 2004).

Impacto en las desigualdades en salud

La epidemia europea del tabaquismo ha seguido la misma tendencia. En una primera fase, la mayoría de los fumadores son hombres de los grupos más privilegiados y luego, con cierto retraso, también mujeres de ese grupo socioeconómico. La segunda fase de la epidemia del tabaquismo se caracteriza por un descenso del tabaquismo en los grupos más privilegiados y un aumento en los grupos de renta baja, también primero en los hombres y luego en las mujeres. En la tercera fase, el tabaquismo se reduce en todos los grupos socioeconómicos, pero lo hace mucho más deprisa en los grupos de renta alta y media que en los grupos de renta baja. En esta fase, el porcentaje de fumadoras entre las mujeres de renta baja puede incluso aumentar o mantenerse igual (Graham, 1996). Los

países de Europa del Norte han alcanzado esta tercera fase en la propagación del tabaquismo diferenciada por clases, mientras que los países de Europa del Sur se encuentran generalmente en una fase anterior.

En las regiones central y oriental de Europa, se observa un patrón constante en la población masculina, caracterizado por una relación inversa entre la posición socioeconómica y el tabaquismo, pero ese patrón es menos marcado en la población femenina (Walters y Suhrcke, 2005). Por ejemplo, en la Federación Rusa, el porcentaje de fumadores entre los hombres con el nivel educativo más bajo era en 1998 el doble que entre los hombres con el nivel más alto (Carlson, 2001). En Ucrania, el porcentaje de fumadores entre los hombres desempleados era un 50% superior que entre los hombres con empleo. En ese mismo país, se observaron diferencias aún más marcadas entre las mujeres, registrándose un porcentaje de fumadoras casi el doble entre las mujeres desempleadas que entre las mujeres con empleo (Gilmore y cols., 2001).

La reducción general del tabaquismo en Europa ha sido un gran éxito de la salud pública, facilitado en gran medida por políticas de control progresivo del tabaco, que han incluido tanto educación para la salud como medidas estructurales como el aumento de los impuestos sobre el tabaco. Sin embargo, el resultado ha sido mucho menos satisfactorio desde la perspectiva de la *equidad en la salud*, ya que los principales efectos positivos se han conseguido en los grupos de renta media y alta, con el consiguiente aumento de las desigualdades sociales en salud. En países como el Reino Unido, las diferencias sociales en el consumo de tabaco explican ahora, estadísticamente, gran parte de las diferencias observadas entre las distintas clases sociales en la mortalidad causada por cáncer de pulmón y cardiopatías coronarias, así como las crecientes diferencias en mortalidad entre los hombres de mediana edad en los últimos 20 años (Jarvis y Wardle, 1999).

La dimensión de la equidad en fumadores pasivos es probablemente también muy pronunciada – sobre todo en los menores – debido a un gradiente social en el consumo de tabaco y al hecho de que se siga fumando en los hogares. Los altos porcentajes de fumadoras entre mujeres embarazadas de clase trabajadora afectan también al riesgo que tienen los menores de distintas clases sociales de experimentar los efectos negativos del tabaquismo pasivo, incluso antes de haber nacido. Algunos grupos profesionales – como los trabajadores de restaurantes y bares – no sólo tienen más probabilidades de fumar que otros, sino también de verse expuestos a ambientes con humo.

El tabaquismo es, por tanto, un importante determinante de desigualdades sociales en salud en toda la Región Europea. En la UE, casi un tercio de las diferencias en las tasas de mortalidad entre ricos y pobres se debe a diferencias en el tabaquismo (Kyprianou, 2005).

Intervenciones políticas relacionadas con el control del tabaco y orientadas a la equidad

El Convenio marco para el control del tabaco, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2003 y en vigor desde febrero de 2005, es un paso importante para el reconocimiento mundial de la necesidad de emprender e intensificar las iniciativas dirigidas a reducir el tabaquismo relacionadas con la publicidad y la fiscalidad. La balanza entre las inversiones y actividades de la industria tabacalera para promover el consumo de tabaco y las políticas internacionales y nacionales de salud pública que

tratan de reducirlo, sigue inclinada a favor de unas políticas que no contribuyen a mejorar la salud y que están regidas por intereses comerciales. En este marco de control del tabaco, las siguientes iniciativas políticas tienen una especial importancia desde la perspectiva de la equidad:

- Formular objetivos relacionados con el control del tabaco que especifiquen los cambios deseados por grupo socioeconómico y género. En la actualidad, los objetivos de las políticas y programas de control del tabaco se expresan normalmente como la reducción del tabaquismo en el conjunto de la población. Ahora deben añadirse objetivos específicos, orientados a la equidad, para conseguir que el consumo de tabaco se reduzca por encima de la media en los grupos de renta baja y para que disminuyan las desigualdades sociales en las enfermedades relacionadas con el tabaco. Estos dos tipos de objetivos de equidad son también importantes en los países que se encuentran todavía en las primeras etapas de la epidemia de tabaquismo, para evitar la tendencia negativa al aumento de las desigualdades a medida que las políticas de control del tabaco consiguen reducir la proporción de fumadores en el conjunto de la población.
- Mantener elevado el precio de los productos relacionados con el tabaco a través de los impuestos. El aumento de los impuestos sobre el tabaco es, probablemente, la intervención más eficaz con relación al coste, también desde la perspectiva de la equidad. Al menos así sucede en países con un alto consumo de tabaco, como es el caso de muchos países de Europa Central y del Este. Esta estrategia aumenta los ingresos fiscales y reduce al mismo tiempo el consumo de tabaco. Se ha estimado que, por cada 10% de aumento real del precio debido a los impuestos sobre el tabaco, su consumo suele reducirse entre un 2% y un 10%. Los estudios también indican que el impacto es relativamente mayor en los fumadores jóvenes, los fumadores de renta baja y (posiblemente) las mujeres (OMS, 2002).
- Imponer prohibiciones generales en la publicidad. La publicidad tiene una mayor influencia en los jóvenes y, en algunos países, los anunciantes de tabaco han adoptado la táctica de dirigir las promociones de tabaco específicamente a las zonas desfavorecidas.
- Analizar en profundidad las políticas implícitas perjudiciales para la salud de las tabacaleras cuando se dirigen al conjunto de la población y cuando se dirigen específicamente a los jóvenes y a los grupos más desfavorecidos. Adoptar medidas firmes cuando las campañas de marketing lanzadas para promover productos relacionados con el tabaco vulneren el marco jurídico del control del tabaco.
- Intensificar las iniciativas locales de control del tabaquismo en zonas desfavorecidas. Dado que en los países europeos la mayoría de los fumadores se concentran en áreas de renta baja, es importante dar una mayor prioridad a estas zonas a través de una mayor asignación de recursos económicos a los centros de atención primaria para que lleven a cabo programas de deshabituación tabáquica, del desarrollo de programas de educación para la salud con perspectiva de género dirigidos específicamente a grupos de alto riesgo (como mujeres embarazadas) y de la implantación de programas de control del tabaquismo, en colaboración con los sindicatos, en lugares de trabajo donde exista una elevada proporción de fumadores. Estas iniciativas deben basarse en un análisis en profundidad de las razones que

llevan a esos grupos a fumar pese a saber que el tabaquismo es muy perjudicial para la salud.

- Promover el concepto de la no exposición de los bebés al humo. El tabaquismo pasivo del feto durante el embarazo tiene efectos negativos a largo plazo, como un mayor riesgo de bajo peso al nacer, que a su vez se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades a lo largo del ciclo vital (Acheson y cols., 1998). Un importante aspecto de todas las estrategias dirigidas a la reducción de las desigualdades sociales en salud tiene que ser, por tanto, convencer y ayudar a las mujeres para que no fumen durante el embarazo. Para ayudar a las mujeres que viven en condiciones desfavorables y que son las que más dificultades tienen para dejar de fumar, se necesitan iniciativas de carácter general y de carácter individual. Las políticas generales incluyen medidas de mejora de las condiciones materiales de las mujeres que pasan dificultades, a través del aumento de ayudas económicas para las familias con hijos e hijas pequeños/as y de la eliminación de las barreras para la incorporación al trabajo. Las políticas individuales incluyen medidas directas orientadas a la restricción del suministro y la promoción del tabaco, y de medidas de apoyo práctico para las mujeres que quieran dejar de fumar (Acheson y cols., 1998).
- Desarrollar programas personalizados para dejar de fumar. Se ha demostrado claramente la eficacia de estos programas, pero sus efectos en los distintos grupos socioeconómicos no están tan claros. En un análisis de 16 estudios recientes realizados en grupos de renta baja se concluyó que la mitad de los programas eran eficaces (Platt y cols., 2002). Así pues, hay que intensificar las iniciativas de programas personalizados sensibles a las diferencias de género que se dirijan expresamente a la reducción del tabaquismo en los grupos de renta baja.
- Desarrollar y reforzar un marco jurídico que garantice un ambiente sin humo en el trabajo, los lugares públicos y los restaurantes.

II. Consumo excesivo de alcohol

Impacto general en la salud

En todo el mundo, el consumo excesivo de alcohol produce 1,8 millones de muertes al año y está implicado en el 20-30% de los casos de cáncer de esófago, enfermedad hepática, epilepsia, accidentes de tráfico y lesiones intencionales, entre ellas los homicidios. En el contexto europeo, es un importante determinante de problemas de salud y muerte prematura. El consumo muy elevado de alcohol en la parte central y oriental de la Región es un factor clave que explica el marcado descenso de la esperanza de vida observado en el decenio de 1990. El consumo de alcohol ha generado también importantes diferencias de género en la mortalidad, ya que ha contribuido de manera importante al aumento de la mortalidad entre los hombres de mediana edad (Cockerham, 2000). Nueve países de Europa Central y del Este soportan la mayor carga del mundo de enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005a). La OMS ha estimado que, en los países de Europa del Este, el consumo de alcohol contribuye al 50-75% de los casos de ahogamientos, cáncer de esófago, homicidios, lesiones no intencionales, accidentes de tráfico y cirrosis hepática (OMS, 2002).

No obstante, las diferencias entre los países de la Región Europea son muy grandes. La carga de enfermedad atribuida al consumo excesivo de alcohol en Europa oscila entre el 3% y el 4% en países como Grecia, Israel, Noruega, Suecia y Turquía, más del 15% en Estonia, Letonia y la Federación Rusa, y hasta el 20% en la República de Moldavia (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005a). En 2005, el Presidente Putin subrayó en su discurso sobre el Estado de la nación (Putin, 2005), la elevada tasa de mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en la Federación Rusa, cuando dijo que “todos los años mueren en Rusia unas 40.000 personas por intoxicación etílica.”

Impacto en las desigualdades en salud

El gradiente social del consumo excesivo de alcohol en Europa es complejo y difiere en el caso de los hombres y de las mujeres. Algunos países presentan un gradiente social en la población masculina, registrándose un aumento de las tasas de consumo excesivo de alcohol a medida que se desciende en la escala de la posición socioeconómica, mientras que en otros países las tasas son parecidas en todo el espectro social. En un estudio realizado en 11 países de la UE, las tasas de consumo excesivo de alcohol fueron significativamente mayores en los hombres con un nivel educativo más bajo en Grecia, Irlanda y Portugal, países que también tienen algunas de las tasas más altas de consumo excesivo de alcohol en el conjunto de la población (Cavelaars, Kunst y Mackenbach, 1997). En ese mismo estudio, las tasas de consumo excesivo de alcohol en los 11 países entre las mujeres fueron mucho menores que entre los hombres y no mostraron diferencias significativas dependiendo del nivel educativo.

En la parte central y oriental de la Región, el consumo de alcohol entre los hombres muestra un claro gradiente social. Por ejemplo, en la Federación Rusa el 40% de los hombres del quintil más pobre de la población ha reconocido el consumo diario de alcohol, frente al 22% en el segundo grupo más desfavorecido y el 12-13% en los sectores más privilegiados de la población (Banco Mundial, 2004). En una revisión (Walter y Suhrecke, 2005) de varios PECO y NEI, se concluyó que existía una estrecha relación entre una mala situación económica, unos niveles más altos de consumo de alcohol y una conducta más peligrosa como bebedor. Se constató que los factores psicosociales son cruciales para generar las desigualdades sociales que se observan en salud. Y se concluyó también que “el consumo de alcohol puede ser una de las principales formas a través de las que actúa el estrés psicosocial para producir problemas de salud y una mayor mortalidad.”

Las desigualdades en salud relacionadas con el alcohol también se están manifestando por otra vía de relación. Actualmente se observa que, con un mismo nivel de consumo excesivo, el daño para la salud puede ser mayor en el caso de los trabajadores manuales que en el de los profesionales. En Suecia por ejemplo, las enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol son entre dos y tres veces más frecuentes entre los trabajadores manuales que entre los funcionarios, incluso a igual nivel de consumo (Hemmingsson y cols., 1998). En concreto, los trabajadores manuales poco cualificados parecen tener una mayor propensión a sufrir los efectos perjudiciales del alcohol. Este efecto diferencial puede explicarse por diferencias en los hábitos de bebida y en las redes de seguridad social. En algunos países, los trabajadores poco cualificados que consumen demasiado alcohol suelen beber en exceso durante los fines de semana (bebedores compulsivos), mientras que los funcionarios que presentan el mismo nivel de consumo excesivo suelen distribuirlo más a lo largo de toda la semana. Los bebedores compulsivos son más frecuentes en los niveles socioeconómicos bajos que en

los altos, como demuestran los estudios nacionales llevados a cabo en Armenia, Belarús, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, la República de Moldavia y la Federación Rusa (Pomerleau y McKee, 2003), así como en los países nórdicos y Europa Occidental (Mackenbach, 2005).

Debido a la naturaleza del trabajo que realizan, es probable que los hábitos de bebida de los trabajadores manuales sean más perjudiciales para la salud y les hagan más propensos a accidentes y otras lesiones. Asimismo, las redes sociales en el trabajo y en el hogar suelen amortiguar y reducir más los efectos negativos del consumo excesivo del alcohol en el caso de los funcionarios que en el de los trabajadores manuales. El funcionario que llega ebrio al trabajo tiene más probabilidades de recibir apoyo para solicitar asistencia médica y superar su adicción al alcohol que un trabajador manual en la misma situación, cuyo riesgo de ser despedido y perder su empleo es mayor, entrando en un círculo vicioso de deterioro de la salud causado por el desempleo, el estrés económico, los crecientes problemas sociales y el aumento del consumo de alcohol.

¿Hasta qué punto explica el consumo excesivo de alcohol el gradiente social en la mortalidad? La situación varía mucho de un país a otro. En Finlandia, un país con elevadas tasas de consumo excesivo de alcohol, la mortalidad relacionada con el alcohol explica el 14% de las desigualdades sociales en mortalidad observadas en los hombres y el 4% de las observadas en las mujeres, así como el 24% y el 9% respectivamente de las diferencias sociales en la esperanza de vida de hombres y mujeres (Makela, Valkonen y Martelin, 1997).

Por tanto, el consumo excesivo del alcohol tiene un doble efecto negativo en el aumento de las desigualdades sociales: los hombres de nivel socioeconómico más bajo suelen beber más que el resto de la población y encima sufren un mayor impacto negativo en la salud con el mismo nivel de consumo excesivo de alcohol. La contribución de este consumo excesivo al gradiente social en mortalidad y morbilidad varía de un país a otro.

Intervenciones políticas relacionadas con el consumo de alcohol y orientadas a la equidad

Las políticas relacionadas con el alcohol a todos los niveles – internacional, nacional y local – deben tener en cuenta la dimensión del género, ya que el impacto del problema es muy diferente en los hombres y en las mujeres. También hay que integrar una perspectiva de equidad en los programas generales para luchar contra el consumo excesivo de alcohol. Algunas intervenciones políticas dirigidas a esta integración son las siguientes:

- Desarrollar o mantener políticas fiscales en materia de precios y acceso al alcohol. La política más eficaz para reducir el consumo de alcohol consiste en aumentar el precio y limitar su accesibilidad. Ésta es una de las razones principales por las que países como Suecia, que adoptó una política basada en impuestos elevados y restricción del acceso a mediados del decenio de 1990, tienen las tasas más bajas de enfermedades y accidentes relacionados con el alcohol de toda Europa Occidental (Diderichsen, Dahlgren y Vagero, 1997). La fijación de precios es otra herramienta de importancia crítica para reducir las desigualdades sociales en salud, dadas las diferencias antes descritas en el impacto en salud que tiene el abuso del alcohol.

- Actuar sobre las causas generales del consumo excesivo de alcohol en una sociedad -por ejemplo, el desempleo y la exclusión social. Crear sistemas de apoyo social en el trabajo y en la comunidad, para reducir el mayor impacto negativo que suele tener en la salud el consumo excesivo de alcohol en los grupos de nivel socioeconómico más bajo.
- Analizar las políticas implícitas poco saludables, respaldadas por la industria del alcohol y los acuerdos internacionales, que consideran el alcohol como cualquier otro producto en el mercado comercial.
- Defender acuerdos internacionales que promuevan políticas públicas saludables relacionadas con el alcohol, de la misma forma que se ha conseguido una aceptación creciente del control del tabaco. La política contraria – impuestos reducidos y acceso muy poco restringido al alcohol – resulta más rentable desde una perspectiva comercial, ya que aumenta el consumo. En la UE se tiende actualmente a anteponer los intereses comerciales a los problemas de salud pública. En consecuencia, países como Suecia han tenido que liberalizar las restricciones a la importación y considerar la reducción de los elevados impuestos sobre el alcohol.
- Desarrollar programas personalizados de educación sanitaria. Las campañas puntuales de información general sobre salud, centradas en los efectos negativos del consumo excesivo de alcohol, suelen conseguir muy pocos resultados. Es poco realista pensar que los efectos negativos en la salud debidos a una bajada de los precios y a un acceso menos restringido vayan a neutralizarse intensificando las actividades de información sobre los riesgos asociados a un elevado consumo de alcohol. No obstante, los programas personalizados de educación para la salud, dirigidos a personas en situación de mayor riesgo y combinados con políticas estructurales para limitar el acceso al alcohol, pueden resultar eficaces. Además, debe hacerse un esfuerzo especial para llegar a los adolescentes, a las mujeres embarazadas y a los supervisores de los lugares de trabajo.

III. Nutrición, actividad física y obesidad

Impacto general en la salud

Las dietas poco saludables, con un contenido excesivo en grasas y azúcares y poco consumo de frutas y verduras, constituyen, junto con la falta de ejercicio físico, determinantes cada vez más importantes de problemas de salud y muerte prematura en toda Europa. Se estima que el sobrepeso y la obesidad –un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 – causan todos los años la muerte de más de 320.000 hombres y mujeres en 20 países de Europa Occidental. La tasa de obesidad en algunas regiones de Europa del Este es también elevada, y se ha multiplicado por tres o más desde 1980 (OMS, 2002). La prevalencia de obesidad ha alcanzado el 20-30% en la población adulta en muchos países europeos, y estas tasas también han aumentado en la población infantil. La Oficina Regional de la OMS para Europa ha estimado que casi un tercio de las enfermedades cardiovasculares están relacionadas con una alimentación poco equilibrada, y que el 30-40% de los cánceres se podrían prevenir si mejorara la dieta (OMS, 2001). En el informe de la Cumbre de la UE sobre la lucha contra las desigualdades en salud, publicado en octubre de 2005, se concluye que “la obesidad amenaza con convertirse en una epidemia en muchos países europeos” (Mackenbach, 2005).

Por el contrario, algunas dietas, combinadas con un aumento de la actividad física, pueden ayudar a proteger la salud. Por ejemplo, cada vez hay más pruebas de que una dieta rica en frutas y verduras puede ayudar a protegernos contra enfermedades importantes, como los problemas cardiovasculares y ciertos cánceres del sistema digestivo (OMS, 2002). La OMS estima que si el consumo de frutas y verduras se multiplicara por un factor de entre dos y cuatro en Europa Central y del Norte, se reduciría la carga total de enfermedad en un 4,3% para los hombres y en un 3,4% para las mujeres en la Región Europea (OMS, 2002). La actividad física regular reduce también el riesgo de enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres y la diabetes de tipo II (no insulino dependiente) (OMS, 2002). Los niveles más altos de sedentarismo se dan en los países de Europa del Este, donde son la causa del 8-10% de las muertes, frente al 5-8% de otros países europeos (Lynch y cols., 1997).

Impacto en las desigualdades en salud

Las desigualdades en salud causadas por diferencias en la dieta son también muy evidentes en las poblaciones pobres que no tienen dinero suficiente para comprar los alimentos necesarios para prevenir la malnutrición. Ahora bien, también se dan desigualdades en los países de renta alta, manifestándose desde los primeros años de vida. Por ejemplo, las mujeres que ocupan el extremo inferior de la escala social en el Reino Unido tienen significativamente menos probabilidades de amamantar a sus hijos, y eso multiplica por cinco el riesgo de que éstos tengan que ser hospitalizados por infecciones comunes durante el primer año de vida (Departamento de Salud Británico, 2003).

Después de la primera infancia, las dietas poco saludables, la falta de ejercicio físico y la obesidad suelen estar relacionados entre sí, y son factores de riesgo de mayor impacto en los grupos de renta baja que en los grupos más privilegiados. Por ejemplo, dentro de la UE los hogares de renta baja presentan el consumo de fruta y verdura más bajo (Instituto Nacional de Salud Pública, 2003). En los países de Europa del Este, las mujeres de nivel socioeconómico más bajo tienen un especial riesgo de consumir cantidades insuficientes de fruta y verdura (OMS, 2002).

Las actividades físicas realizadas durante el tiempo de ocio son menos frecuentes en los grupos de nivel socioeconómico bajo que en los de nivel alto (Tenconi y cols., 1992; Lynch, Kaplan y Salonen, 1997). Por ejemplo, en Suecia la ausencia de actividades físicas durante el tiempo de ocio es dos veces más frecuente en las personas con un nivel educativo bajo que en las que tienen un nivel más alto (Consejo Nacional de Salud y Bienestar, 2005).

El gradiente social de la obesidad dentro de la Región Europea está relacionado con el nivel de desarrollo económico. En países de renta baja, como Azerbaiyán y Uzbekistán, la obesidad es más frecuente en los grupos privilegiados. Posteriormente la situación cambia, y la obesidad se hace más frecuente en los grupos de renta baja, como ocurre en países como la República Checa y Polonia. La obesidad ha aumentado también en Estonia, pero sólo se observa un gradiente social significativo en la población femenina (Klumbiene y cols., 2004). Esta relación inversa entre renta y obesidad es muy pronunciada en muchos países de Europa Occidental. Algunos países con un gradiente social muy marcado, tanto en la población masculina como en la femenina, son por ejemplo, Bélgica, Dinamarca, Alemania, Países Bajos y el Reino Unido. En los países

del sur de Europa, como Grecia, Portugal y España, se observan pequeñas diferencias sociales en las personas con sobrepeso (Cavelaars, Kunst y Mackenbach, 1997).

En muchos países de la Región Europea, la obesidad también afecta más a los hijos e hijas de progenitores con un nivel educativo más bajo. En la República Checa, por ejemplo, los hijos de progenitores con un nivel educativo más bajo tienen dos veces más probabilidades de ser obesos que los hijos de progenitores con un nivel educativo más alto (Walters y Suhrcke, 2005).

Pasando de la obesidad al extremo contrario de la escala, la malnutrición sigue siendo un problema en muchos países de la Región Europa, sobre todo en los PECO y NEI. La carga de la malnutrición en esta parte de la Región recae en los más pobres, y ha aumentado en la era post-soviética (Walters y Suhrcke, 2005). Por ejemplo, en la Federación Rusa la malnutrición ha aumentado entre 1992 y 2000 entre los muy jóvenes y los mayores. La prevalencia de problemas de crecimiento entre los menores de entre 2 y 6 años de edad también aumentó hasta el año 2000, si bien la situación ha mejorado algo desde entonces. El número de adultos jóvenes con infrapeso aumentó un 77% entre 1992 y 2003. En Azerbaiyán, el 11% del quintil más pobre de la población presentaba malnutrición en 2001, frente al 8% del quintil más rico (una prevalencia que sigue siendo elevada).

Considerando el impacto general que tienen estos factores de riesgo en la salud y la existencia de un gradiente social, la promoción de unas dietas más saludables y de una mayor actividad física entre los grupos de renta baja tiene una enorme importancia desde la perspectiva de la equidad en salud.

Intervenciones políticas orientadas a la equidad relacionadas con la dieta y la actividad física

La dimensión de la equidad en la salud suele descuidarse, incluso cuando se emprenden iniciativas globales para promover una dieta más sana y un aumento del ejercicio físico. Esto se debe en parte al hecho de que se ha investigado bastante poco en las causas que generan las desigualdades sociales observadas en la dieta, el ejercicio físico y la obesidad. Además, rara vez se consideran los determinantes estructurales de estos estilos de vida. En estas circunstancias, las campañas generales de educación para la salud suelen ser, por sí solas, ineficaces para quienes están en una situación de mayor riesgo, beneficiando las inversiones públicas en instalaciones recreativas sobre todo a los grupos más privilegiados que están en una mejor situación. Aun cuando las cifras medias para el conjunto de la población indiquen algunas mejoras, como dietas más saludables y más ejercicio físico, es probable que la brecha de salud se amplíe si esos *hábitos más saludables* se concentran principalmente en los grupos más privilegiados.

El reto que se nos plantea es la adopción de políticas y medidas que beneficien más a los grupos más desfavorecidos de la sociedad. Estas estrategias deben basarse principalmente en la realidad de los grupos de renta baja y los intereses expresados por ellos. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de lo que puede significar en la práctica:

- Realizar evaluaciones del impacto que tienen las principales políticas agrícolas europeas en la equidad en la salud, para ver si están facilitando o dificultando el acceso de los grupos de renta baja a una dieta saludable. Ciertos componentes de la

Política Agrícola Común (PAC) de la UE crean barreras para una dieta más saludable. Un análisis reciente del impacto en la salud de la PAC, realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública sueco, concluyó que la PAC “dificulta la realización de cambios en los estilos de vida para reducir el riesgo de obesidad y la prevalencia de cardiopatía coronaria, diabetes de tipo II, cáncer y problemas sociales y médicos relacionados con el alcohol, enfermedades que en conjunto causan más del 70% de todas las muertes en la región de la UE” (Instituto Nacional de Salud Pública, 2003). La PAC limita el consumo de frutas y verduras en los grupos de renta baja porque eleva su precio, pero al mismo tiempo incentiva el consumo de grasas animales presentes en los productos lácteos. Estas evaluaciones deben ir además seguidas de un plan de acción dirigido a promover una dieta más saludable, para su consideración por los responsables políticos y los órganos profesionales. Periódicamente se deben revisar, analizar y divulgar ampliamente las decisiones que se hayan tomado o no, para dar a conocer tanto las políticas que son saludables como las que no lo son.

- Formular estrategias nacionales orientadas a la equidad para promover y facilitar unas dietas asequibles y más saludables, y aumentar las posibilidades de realizar actividades físicas diariamente durante el tiempo de ocio. La puesta en práctica de estas estrategias debe incluir la realización de evaluaciones periódicas de la prevalencia de las dietas poco saludables y de la falta de actividad física durante el tiempo de ocio, así como el cálculo de las tasas de malnutrición y obesidad en los distintos grupos socioeconómicos. Posteriormente, deben identificarse las fuerzas motrices de estas tendencias de obesidad cada vez más marcadas en la población en general, y en los grupos de renta baja en particular.
- Trabajar con la industria alimentaria y con las empresas de hostelería para mejorar la calidad nutritiva de los alimentos preparados.
- Ofrecer almuerzos escolares gratuitos de buena calidad y restringir el acceso a alimentos poco saludables y a dulces en los centros escolares.
- Aumentar la disponibilidad y la accesibilidad al consumo de frutas y verduras, así como a otros alimentos con un bajo contenido en grasas, sobre todo en las zonas de renta baja. Aumentar las ayudas económicas a familias de renta baja con hijos e hijas que les permitan optar por una dieta más saludable.
- Desarrollar programas personalizados de información sanitaria sobre dietas saludables para grupos diana específicos. Estos programas deben acompañarse de cambios estructurales que faciliten los cambios dietéticos. Por ejemplo, la Unión de Trabajadores en Suecia ha iniciado un programa de este tipo para los camioneros. Además de la información que reciben éstos y sus familias, el programa ofrece platos alternativos más saludables en los restaurantes de las carreteras principales que son frecuentadas por muchos de estos profesionales (Dahlgren, 1997).
- Introducir o mantener normas y sistemas de control estrictos sobre la publicidad y las campañas dirigidas a niños y niñas que promuevan el consumo de alimentos considerados poco saludables (alimentos y dulces con un alto contenido en grasas, azúcar o sal).

- Dar prioridad a las inversiones públicas en instalaciones recreativas para las zonas desfavorecidas. Promover actividades dirigidas a la renovación de las zonas de recreo de los centros escolares y preescolares, para que inciten al juego, al ejercicio físico y a actividades recreativas al aire libre. Deberá prestarse también una especial atención a los intereses de los menores obesos.
- Monitorizar la evolución conseguida mediante el cálculo periódico de las inversiones o subvenciones públicas por habitante en instalaciones recreativas de las zonas más y menos privilegiadas. En lo que respecta a la actividad física, realizar encuestas para conocer el uso que se hace de las distintas instalaciones en las zonas menos privilegiadas, en función de la posición social y los hábitos previos.

Parte C. Desarrollo de estrategias orientadas a la equidad en la salud

Estrategias para la reducción de la brecha de salud

Las estrategias para la reducción de las desigualdades sociales en salud deben verse como parte integrante de las políticas y programas de desarrollo de la salud de toda la población. Siempre se debe tener presente la dimensión social de las políticas generales, de la misma forma que siempre se consideran la edad y el género. Los requisitos generales para pasar del plan a la acción también deben aplicarse a la formulación, la aplicación y la evaluación de estrategias para reducir desigualdades sociales. Estos requisitos son los siguientes:

- disponibilidad de datos descriptivos relevantes y de buena calidad sobre la magnitud y las tendencias de las desigualdades sociales en salud y sus principales determinantes;
- existencia de objetivos y metas explícitos orientados a la equidad que estén directamente vinculados a las políticas, las acciones y los recursos económicos necesarios para su puesta en práctica;
- evaluación realista de las posibilidades y las limitaciones, prestando una especial atención a las políticas y las acciones externas que son perjudiciales para la salud y que generan desigualdades en salud; y
- capacidad adecuada de gestión de la implementación, con mecanismos eficientes de colaboración intersectorial y coordinación en los ámbitos nacional y local.

En la actualidad, muchas de las políticas económicas y comerciales que tienen un impacto significativo en la salud no se analizan desde la perspectiva de la salud. Para remediarlo, una recomendación política adicional sería evaluar siempre desde la perspectiva de la salud todas aquellas políticas y programas que probablemente vayan a tener un impacto positivo o negativo significativo en la salud. En la medida de lo posible, los análisis de impacto deben describir los efectos en la salud atendiendo al género y al grupo socioeconómico.

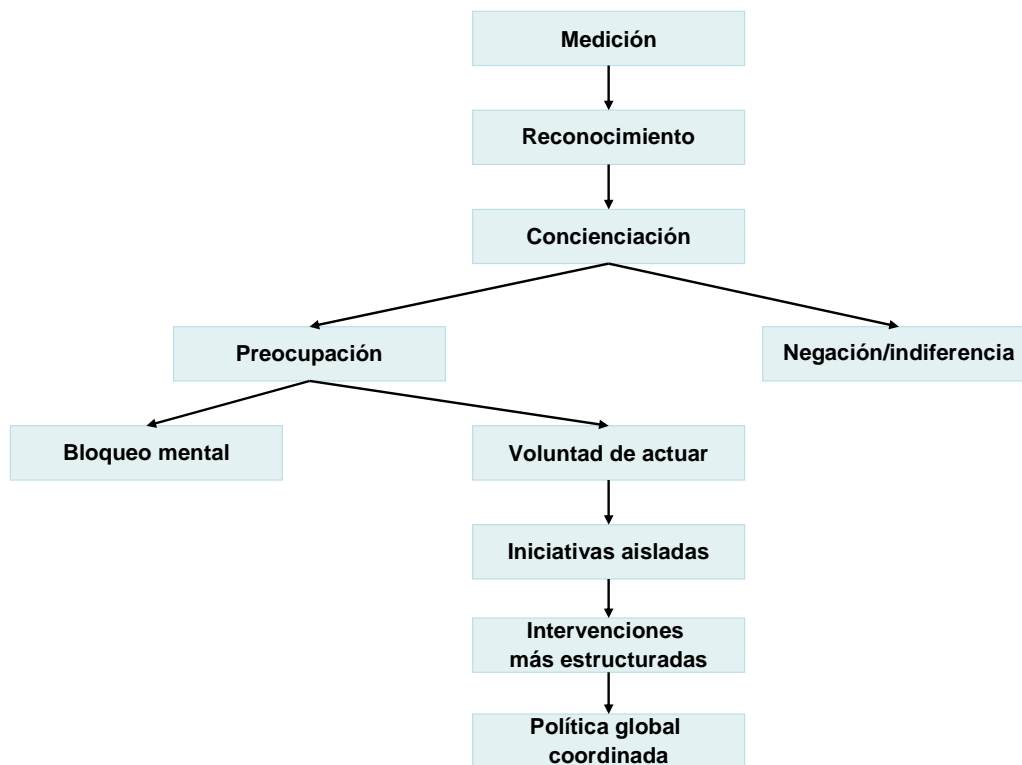
El espectro de actuaciones en Europa

Cuando se investiga lo que está sucediendo realmente en la Europa actual, se observa todo un espectro de actuaciones frente a las desigualdades sociales en salud, como se ilustra en la Figura 5. En un extremo del espectro están los países que ni siquiera miden, y mucho menos reconocen, la existencia de diferencias sociales dentro de sus fronteras. Si no se miden, las desigualdades siguen siendo (cómodamente) invisibles. Por otra parte, algunos países europeos disponen de sistemas muy sofisticados de información y monitorización que detectan diferencias en salud, pero la información no es de dominio público- como parte del reconocimiento previo del espectro -. Otros países sí que divulgan la información, pero llega a conocimiento de muy pocos debido a la escasa publicidad que recibe. Algunos países que tienen un mayor conocimiento del problema pueden reaccionar negando o mostrando indiferencia ante la información, y eso les lleva a no emprender acción alguna. Otros reaccionan con preocupación cuando son conscientes de las desigualdades en salud que existen dentro de sus fronteras, sobre todo los que se enorgullecen de haber conseguido una sociedad justa. En algunos casos, la preocupación les produce un bloqueo mental debido a la complejidad del problema, optando por responder a las peticiones de un fomento de la investigación antes que

entrar en consideraciones sobre la necesidad de intervención. No obstante, cada vez son más las señales de desplazamiento hacia otras iniciativas y algunos países han empezado a actuar, aunque al principio sólo de manera fragmentada. En el extremo opuesto del espectro, algunos países están avanzando hacia estrategias nacionales coordinadas para atacar el problema (Whitehead, 1998).

Aunque se haya hecho un progreso muy importante en algunos lugares, ningún país europeo ha conseguido todavía llegar a la fase de políticas integrales y coordinadas. Algunos incluso se han movido en la dirección contraria, en respuesta a cambios en el clima político. La diversidad de experiencias en Europa demuestra lo que puede conseguirse cuando existe un compromiso serio de actuar. Los países de la Región Europea tienen la capacidad de aprender los unos de los otros en cuestiones como la definición de objetivos o la evaluación de las ventajas y las desventajas de distintas estrategias, como se indica a continuación.

Figura 5. Espectro de actuaciones frente a las desigualdades en salud



Fuente: Whitehead (1998).

A menudo existe una gran distancia entre las declaraciones políticas sobre reducción de desigualdades sociales en salud y las actuaciones necesarias para alcanzar dicho objetivo. Se han hecho muy pocos análisis en profundidad para identificar las razones principales de esta distancia. No obstante, conviene analizar los siguientes condicionantes y posibilidades.

- **Falta de voluntad política** Las declaraciones políticas para la reducción de desigualdades sociales en salud no siempre se acompañan de la voluntad política de actuar sobre los determinantes de esas desigualdades. El grado de aceptación o rechazo que muestren los distintos partidos políticos respecto a intervenciones

políticas, como las que se presentan en este informe, puede poner a prueba la voluntad política. En el proceso democrático político, podría realizarse un mayor esfuerzo en mostrar y discutir las opciones políticas alternativas y el impacto que tienen en los distintos determinantes de la salud.

- **Desconocimiento.** Aun cuanto existe voluntad política, hay a menudo una carencia real de estrategias operativas para vincular los objetivos de las políticas con las actuaciones. Si no se proponen actuaciones para mejorar la situación, es posible que se debilite el compromiso político, ya que es improbable que los políticos continúen dando una elevada prioridad al problema. Algunos investigadores pueden considerar incompleto el conocimiento existente y exigir pruebas *absolutas* antes de formular recomendaciones. En un caso así, es probable que respondan pidiendo más fondos para investigación, en lugar de suministrar la mejor información disponible. También es posible que el desconocimiento de datos y experiencias de gran relevancia se deba a que éstos sólo se han publicado en revistas científicas utilizando un lenguaje académico que no resulta ni accesible ni fácil de entender para quien no es experto en la materia. Esta brecha entre los responsables políticos y los investigadores puede salvarse resumiendo los resultados de las investigaciones y las experiencias que tengan un interés político, lo que además puede aumentar la probabilidad de transformar los objetivos políticos en acciones.
- **Falta de recursos económicos.** Las políticas de equidad en la salud suelen presentarse y debatirse como si para su aplicación no hubiera necesidad de recursos económicos adicionales. Pero como eso rara vez sucede, al final quedan excluidas de las decisiones sobre presupuestos y recursos humanos que se toman en el ámbito nacional y local. Cuando se proponen este tipo de políticas, deben estimarse también los recursos económicos y humanos necesarios y ajustar los objetivos a los recursos asignados. En este sentido, las inversiones en salud son iguales a otras inversiones en desarrollo social y económico.
- **Falta de coordinación y de capacidad de gestión.** Las políticas y programas multisectoriales de salud carecen a veces de una estructura de gestión con funciones de coordinación y apoyo en los ámbitos tanto nacional como local. En ese caso, debe darse una elevada prioridad a la construcción de capacidades, lo que puede incluir el firme liderazgo político de un ministro especial de salud poblacional (además de un ministro de servicios sanitarios), un Instituto Nacional de Salud Pública fuerte y una pluralidad de consejos sanitarios multisectoriales locales. Las funciones de gestión y coordinación desarrolladas para poner en práctica las políticas medioambientales multisectoriales ofrecen lecciones útiles para la implantación de políticas sanitarias orientadas a la equidad.
- **Falta de responsabilización.** Incluso cuando se intenta integrar la salud en otros sectores de la política, puede seguir viéndose exclusivamente como una cuestión médica, y no como una cuestión relacionada con políticas y acciones sociales y económicas. La definición clara de las responsabilidades de todos los órganos ejecutivos con respecto a determinantes específicos de la salud puede ayudar a resolver este problema. La formulación de objetivos específicos de equidad a corto y largo plazo para mejorar la salud y actuar sobre determinantes específicos de la salud puede ser también útil.

- **Falta de auditorías y evaluaciones de las políticas.** Las políticas de salud orientadas a la equidad rara vez se evalúan y, por tanto, no tienen consecuencias graves para los responsables de su aplicación. Además, algunas políticas y programas sociales y económicos importantes se planifican y ejecutan sin haber realizado ninguna evaluación de su impacto en la salud. En la actualidad, cada vez son más los países que están analizando estas deficiencias y que han empezado a realizar auditorías periódicas de las políticas de salud y evaluaciones de su impacto en las desigualdades en salud.

Definición de objetivos de equidad en la salud

El derecho al grado más alto posible de salud física y mental es un derecho humano reconocido por la mayoría de los países. El estado de salud de los grupos más privilegiados puede utilizarse como un indicador del nivel actual de salud que puede alcanzarse en un cierto país. En este sentido, los objetivos específicos de equidad en la salud que establecen el grado en que puede reducirse la brecha de salud en un cierto plazo de tiempo deben complementar los objetivos establecidos para el conjunto de la población. Los objetivos medios para el conjunto de la población no sirven para incorporar esta dimensión del derecho a la salud, ya que se pueden cumplir aunque los pobres no experimenten ninguna mejoría y la brecha de salud se amplíe cada vez más.

La Oficina Regional de la OMS para Europa ha sido una de las primeras en defender este tipo de objetivo de equidad en la salud, al establecer como primer objetivo de la estrategia Salud para Todos anunciada a principios del decenio de 1980 “la reducción para el año 2000 de las diferencias de salud existentes entre unos países y otros y entre distintos grupos dentro de un mismo país en al menos un 25%, mejorando el estado de salud de los países y grupos más desfavorecidos” (Oficina Regional de la OMS en Europa, 1985).

Este objetivo ha sido muy importante como visionario, y ha dado visibilidad y credibilidad al objetivo de la equidad en la salud, a pesar de que los gobiernos nacionales han tratado de ocultar o ignorar las desigualdades sociales en salud que existen en sus propios países (Whitehead, Scott- Samuel y Dahlgren, 1998). Ahora bien, el cumplimiento de este objetivo no se ha conseguido en la práctica, puesto que la brecha de salud se ha ampliado más que nunca durante ese período en la mayoría o en todos los países europeos.

La estrategia de Salud 21 de la Oficina Regional de la OMS ha llevado más lejos aún el objetivo de la equidad en la salud establecido para Europa, al insistir en que las diferencias en la esperanza de vida de los distintos grupos socioeconómicos deben reducirse por lo menos un 25%, y en que es necesario actuar sobre las condiciones socioeconómicas que tienen efectos adversos en la salud, concretamente las diferencias de renta, los niveles educativos bajos y las barreras de acceso al mercado de trabajo. Además, los objetivos contemplan una reducción considerable del porcentaje de la población que vive por debajo del umbral de la pobreza.

En la actualidad, la mayoría de los países europeos tienen políticas de salud generales que reconocen la necesidad de reducir las desigualdades en salud (Judge y cols., 2005), pero sigue habiendo muy pocos ejemplos de objetivos de equidad cuantificados que cuenten con el respaldo de estrategias específicas y recursos económicos. Así pues, rara

vez se interviene en términos operativos para reducir desigualdades importantes y evitables en una de las dimensiones más importantes del bienestar humano.

No obstante, algunos indicios apuntan a que las cuestiones relacionadas con la equidad en la salud podrían estar empezando a ocupar un lugar más importante en la agenda política de un mayor número de países y de otras organizaciones internacionales, además de la OMS. En Finlandia, los Países Bajos y el Reino Unido, por ejemplo, se han establecido objetivos cuantificables y bastante operativos relacionados con la equidad en la salud. También se han adoptado objetivos cuantitativos de equidad en el ámbito local, aun sin existir objetivos nacionales de equidad en la salud. Así ha sucedido en España, en cuya región vasca, por ejemplo, se ha establecido como objetivo la reducción de las diferencias sociales en la mortalidad causada por enfermedades del sistema circulatorio del 39% en 2002 al 30% en 2010 (Judge y cols., 2005). Las desigualdades en salud han sido uno de los dos temas sanitarios principales para la Presidencia británica de la UE en 2005. En la Cumbre de la UE sobre la Lucha Contra las Desigualdades en Salud, celebrada en octubre de 2005, se recomendó a los Estados miembros de la UE que consideraran la adopción de objetivos de equidad dirigidos a igualar el gradiente social en salud (Judge y cols., 2006). Se afirmó también que las iniciativas encaminadas al cumplimiento de esos objetivos contribuirían a uno de los objetivos estratégicos de la UE: promover la cohesión social (Judge y cols., 2005:40).

Recomendaciones prácticas para la definición de objetivos nacionales

En la definición de objetivos nacionales deben considerarse los principios siguientes:

- La finalidad debe ser siempre *conseguir el máximo potencial de salud para toda la población*, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad, y nunca *optar al mínimo potencial*, empeorando el estado de salud de los grupos más privilegiados.
- Para reducir la brecha de salud, la salud tiene que mejorar más en los grupos desfavorecidos que en los grupos más privilegiados. Reducir las desigualdades sociales en salud significa *reducir una brecha*. Por tanto, los objetivos de equidad deben expresarse no sólo en términos de una mejora de la salud en los grupos desfavorecidos, sino también como diferencias absolutas o relativas entre los grupos de renta alta y renta baja. En el Reino Unido se encuentra un ejemplo de este objetivo nacional de equidad en la salud: “Empezando por los niños menores de un año, reducir para el año 2010 la brecha de mortalidad que existe en Inglaterra entre los grupos que realizan trabajos rutinarios y manuales y el conjunto de la población por lo menos en un 10% respecto al valor de referencia de 1997-99” (Departamento de Salud Británico, 2003).
- Las desigualdades en salud existen no sólo entre los grupos más y menos privilegiados de la sociedad, sino normalmente también entre los grupos de renta media y de renta alta. Estas desigualdades pueden describirse mejor como un gradiente social. A muy pocos países les falta establecer sus objetivos de equidad en la salud para eliminar ese gradiente social; por ejemplo, que la esperanza de vida al nacer sea la misma en todos los grupos sociales.
- Todos los objetivos de equidad en la salud deben basarse en el análisis de los principales determinantes que influyen en las desigualdades en la salud. Por tanto,

deben hacerse esfuerzos adicionales para evaluar el impacto potencial de las distintas políticas y acciones relacionadas con esos determinantes, para saber qué cambios contribuyen al cumplimiento de los objetivos establecidos de equidad en la salud.

Los principales tipos de estrategias

Las estrategias utilizadas para poner en práctica distintas políticas de salud orientadas a la equidad difieren según el tipo de problema de salud, pero todas ellas deben incorporar la perspectiva de los determinantes sociales. Desde este punto de vista, se pueden distinguir cuatro tipos de estrategias: estrategias integradas de actuación sobre los determinantes de la salud, estrategias dirigidas a enfermedades específicas, estrategias basadas en escenarios y estrategias dirigidas a grupos específicos.

1. Estrategias integradas de actuación sobre los determinantes de la salud

Una de las estrategias más eficaces consiste en integrar los objetivos de equidad en la salud en las políticas y programas sociales y económicos ya existentes en materia de crecimiento económico, impuestos, empleo, educación, vivienda, protección social, transporte o servicios sociales. La integración del impacto en la equidad en salud de estas políticas dirigidas a los determinantes de la salud sería un avance importante. Las preguntas fundamentales que deben formularse como parte del proceso de integración son: ¿cómo afecta una política o programa a la salud de los distintos grupos sociales según la edad y el sexo, y qué puede hacerse para optimizar su impacto positivo en la salud de toda la población y de los grupos más desfavorecidos en particular?

Para responder a estas preguntas, debe darse la mayor prioridad posible al desarrollo y uso del análisis del impacto en la equidad en salud. Posteriormente, habrá que hacer esfuerzos especiales para evaluar el impacto en la salud de políticas comerciales no saludables y otras políticas que generan desigualdades sociales en salud. Estas evaluaciones deben llegar a considerarse – igual que los análisis del impacto en la salud medioambiental – normales para todas las políticas y programas públicos y comerciales que puedan tener efectos positivos o negativos en la salud. En algunos casos, podría ser necesaria la imposición obligatoria por ley de este tipo de evaluación del impacto en la salud.

2. Estrategias dirigidas a enfermedades específicas

Se suele adoptar un enfoque dirigido a enfermedades específicas cuando se necesita un sistema coordinado de intervenciones específicas, como por ejemplo para combatir enfermedades infecciosas como el VIH/Sida, la tuberculosis y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), o para la prevención de suicidios. Posteriormente se actuará sobre los determinantes de esas enfermedades. La ventaja de este planteamiento con respecto a la estrategia integrada que se veía antes es la existencia de un vínculo más estrecho con la ciencia médica y unas intervenciones típicamente orientadas a la enfermedad. Además, es más probable que los especialistas en distintas enfermedades participen en programas dirigidos a enfermedades específicas que en estrategias para actuar sobre determinantes sociales de carácter general, y ajenos a su esfera normal de actividad.

Una estrategia dirigida a una enfermedad específica conlleva el riesgo de que la atención se centre exclusivamente en factores individuales de la cadena causal, como

hipertensión o hipercolesterolemia, en lugar de dirigirla a las causas de las causas. Si se aplica una estrategia dirigida a una enfermedad específica para luchar contra enfermedades no transmisibles como los trastornos cardiovasculares o el cáncer, existe también un riesgo evidente de que se dupliquen las estrategias dirigidas a factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o una dieta poco saludable, ya que estos factores de riesgo son causantes de muchas enfermedades, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. La introducción de un programa de control del tabaco dirigido a cada una de las muchas enfermedades causadas por el tabaquismo sería, evidentemente, una estrategia muy poco eficiente. Con un programa de orientación médica dirigido a una enfermedad específica, también es probable que se preste menos atención a las cuestiones relacionadas con la equidad en la salud, si los expertos en esa enfermedad tienen dificultades para percibir la dimensión social del problema de salud.

No obstante, a veces una estrategia coordinada y sistemática, centrada en una enfermedad específica, consigue movilizar a la acción pública. Posteriormente, habrá que realizar esfuerzos especiales para vincular esas estrategias a políticas y programas centrados en los determinantes sociales y económicos de la salud, de manera que se evite el riesgo de duplicación y un enfoque demasiado centrado en factores de riesgo individuales exclusivamente.

3. Estrategias basadas en escenarios

Estas estrategias se definen en función de un entorno específico (como lugares de trabajo, escuelas u hospitales) o de una zona geográfica (como una ciudad o una comunidad) y se han utilizado desde hace mucho tiempo para actuar sobre los riesgos para la salud en el trabajo. Su atención se dirige a todos los principales determinantes de la salud presentes en un cierto lugar de trabajo, y no a un único factor de riesgo. Este tipo de enfoque ha sido promovido sobre todo por la OMS en escenarios como las Escuelas Saludables y los Hospitales Saludables. En algunos de estos programas, la dimensión de la equidad en la salud ha sido muy limitada. Por eso es necesario que, con estas estrategias, se identifiquen los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Deben hacerse asimismo esfuerzos especiales para poner en marcha este tipo de estrategias en comunidades desfavorecidas. En las secciones sobre educación (páginas 55,56) y sobre el entorno de trabajo (páginas 58,59) se ofrecen algunos ejemplos de estrategias basadas en escenarios.

La prevención de accidentes conduce en sí misma a una estrategia basada en escenarios y, de hecho, se han realizado numerosas intervenciones relacionadas con los accidentes en la carretera y en el lugar de trabajo, sobre todo en Europa Occidental. En cambio, los accidentes domésticos han sido relativamente ignorados, aun tratándose de un escenario importante como lugar donde se producen accidentes y también como posible objetivo de las actividades de prevención. En Europa del Este existe un creciente problema de mortalidad y discapacidad causadas por accidentes, así como una brecha de salud cada vez más amplia: los habitantes de los países de renta baja o media de la Región tienen 3,6 veces más probabilidades de morir como consecuencia de un accidente que los que viven en las zonas de renta alta de Europa (Sethi y cols., 2006a). En los países europeos, los sectores más pobres y desfavorecidos de la población son los que presentan un mayor riesgo de accidentes y lesiones, y eso ha llevado a que la prevención de accidentes se convierta en un tema importante para los responsables de combatir las desigualdades en salud. En un informe reciente de la OMS EURO (Sethi y cols., 2006b)

se hacen sugerencias prácticas sobre lo que puede hacerse para prevenir los accidentes y la violencia en distintos escenarios.

Las estrategias orientadas a la comunidad son, en muchos aspectos, similares a las estrategias basadas en escenarios, pero su ámbito de aplicación es mucho más amplio y su atención se centra en una cierta región geográfica, una ciudad o un barrio. La OMS ha promovido la formulación de este tipo de estrategias, como las Comunidades Seguras y las Ciudades Saludables. Ofrecen además la ventaja de una mayor responsabilización, ya que las personas que forman parte de una comunidad tienen un interés lógico en promover las posibilidades que ofrece su propia comunidad o ciudad para disfrutar de una vida saludable. De esta forma se promueve también el interés de los políticos y el inicio de un diálogo democrático sobre ciertas cuestiones de salud pública. Las experiencias que se han tenido con programas medioambientales locales, como las actividades realizadas para el seguimiento de las políticas mundiales y nacionales de medio ambiente, ilustran las posibilidades que ofrecen las estrategias orientadas a la comunidad.

No obstante, estas estrategias orientadas a la comunidad también tienen sus riesgos. Desde la perspectiva de la equidad en la salud, está el peligro de que este enfoque comunitario se adopte también en las estrategias de desarrollo de la salud, que exigen políticas más amplias. Además existe el riesgo de una perspectiva demasiado limitada de la equidad en la salud en los programas orientados a la comunidad, cuando los intereses de los grupos más privilegiados (que a menudo son los que participan más activamente en estos programas) no coinciden con las necesidades de las personas y las familias más desfavorecidas, que son menos activas y están peor organizadas. Por tanto, es importante asegurar que las estrategias orientadas a la comunidad se traduzcan en programas que beneficien a todos y que reduzcan las desigualdades en salud, con intervenciones dirigidas a mejorar la salud en el conjunto de la comunidad. Para ello puede que se necesiten políticas y medidas adicionales para actuar sobre los determinantes específicos de las desigualdades sociales en salud, como se explica en las páginas 30-36.

La dimensión de la equidad en la salud también puede integrarse en programas de renovación urbana para zonas desfavorecidas. Un ejemplo interesante de este tipo de estrategia ha sido la iniciativa de identificación de Zonas de Acción Sanitaria para realizar intervenciones multisectoriales intensivas, por ser zonas con una carga de problemas de salud y un grado de privaciones materiales mayores de lo normal. A estas zonas se destinan fondos y esfuerzos especiales para la mejora de la salud, adoptándose estrategias coordinadas de desarrollo comunitario y regeneración de espacios (Bauld y Judge, 2002). Este tipo de programas ofrece la ventaja de que las intervenciones globales y coordinadas en zonas desfavorecidas tienen más probabilidades de romper el círculo vicioso de los problemas de salud y de la baja posición socioeconómica. Su posible inconveniente, desde la perspectiva de la equidad en la salud, es que obviamente no comportan ningún beneficio para las personas y las familias desfavorecidas que vivan fuera de esas zonas, que pueden verse desatendidas pese a constituir una proporción de la población pobre total mucho mayor que los habitantes de las zonas más desfavorecidas del país.

4. Estrategias dirigidas a grupos específicos

Estas estrategias pueden dirigirse a grandes sectores de la población, como menores o personas de edad avanzada, o a sectores muy marginales, como personas sin techo o inmigrantes con un alto riesgo de sufrir problemas de salud. Este enfoque orientado a un determinado grupo es muy frecuente, y resulta adecuado para promover la salud de menores y adolescentes, o para promover la salud de los mayores. Las estrategias dirigidas a grupos específicos suelen combinarse con estrategias para actuar sobre los determinantes de la salud, cuya máxima prioridad son los determinantes de desigualdades sociales en salud para ese grupo de edad en particular.

Este tipo de estrategia dirigida a niños y niñas y a adolescentes puede incluir, por ejemplo, lo siguiente:

- programas gratuitos de atención materno-infantil, con servicios especiales de base comunitaria que garanticen a todos sus destinatarios el acceso a los servicios ofrecidos;
- intensificación de las campañas de información y ayuda para dejar de fumar durante el embarazo;
- promoción de la lactancia, que en países como el Reino Unido presenta un gradiente social inverso;
- detección precoz de problemas físicos y mentales, y programas dirigidos a menores de familias menos privilegiadas o pobres;
- creación de redes de apoyo, por ejemplo, para madres solteras con contactos sociales limitados; y
- apoyo a familias con hijos o hijas que tengan problemas graves ocasionados, por ejemplo, por una crisis económica o pobreza, desempleo de larga duración, problemas psicosociales, violencia doméstica o consumo excesivo de alcohol.

Las personas de edad avanzada constituyen otro grupo de edad específico que, además de políticas universales, requieren una atención especial para reducir el riesgo de pobreza. Las posibles intervenciones políticas consisten en aumentar la cuantía de las pensiones y promover sistemas de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Estas intervenciones han de ofrecer servicios médicos profesionales y otros servicios adecuados para quienes tengan problemas de acceso a una buena asistencia informal.

Las estrategias dirigidas a grupos específicos pueden ser un buen complemento a otras estrategias que actúan sobre los determinantes de la salud (antes descritas) cuando de lo que se trata es de mejorar las posibilidades de supervivencia y de una vida saludable en grupos muy marginales. Estos grupos difieren de un país a otro, pero pueden ser personas sin techo, trabajadores del sexo o minorías étnicas como la población romaní, que experimentan riesgos para la salud mayores o diferentes a los de otros grupos del país en el que viven. Para que tengan más posibilidades de volver a disfrutar de una vida saludable, se necesitan estrategias dirigidas a grupos específicos, que contemplen todo un conjunto de acciones preventivas y curativas relacionadas con la vivienda, el tratamiento médico y el apoyo social, además de un mejor acceso a unos servicios de

asistencia sanitaria de calidad y a cuidados de larga duración, servicios sociales y educación (Ziglio y cols., 2003).

En las estrategias dirigidas a subgrupos de la población debe tenerse siempre en cuenta el riesgo de estigmatización, riesgo que puede reducirse si esas iniciativas dirigidas a grupos específicos se enmarcan en estrategias generales para la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades sociales en salud. Además, se debe intentar facilitar el acceso de estos grupos a los servicios sociales y sanitarios normales. Las barreras de acceso a estos servicios sanitarios pueden deberse a la carencia de un seguro médico. Así parece ocurrir con la población romaní en Rumanía, un país en el que el 75% de toda la población está cubierta por un régimen de seguro médico, frente al 34% de la población romaní.

Cuando se formulan estrategias dirigidas a grupos específicos muy desfavorecidos, tiene una importancia estratégica la identificación e intensificación de las intervenciones necesarias para reducir las causas primarias de la pobreza y el desempleo, como la discriminación por posición social u origen étnico. Debe actuarse también sobre las causas directas que llevan a las personas a vivir en la calle por su débil posición en un mercado inmobiliario cada vez más comercializado.

Hacer que los últimos sean los primeros en las estrategias de Salud para Todos

Las estrategias de Salud para Todos terminan siendo, en muchos casos, estrategias de *salud para algunos*, con desigualdades sociales importantes y cada vez mayores en salud. Las estrategias que se presentan en este informe pretenden ser estrategias de Salud para Todos. Si se comparan con muchas de las estrategias que ya existen para promover la salud, la diferencia está en la especial atención que se presta a los determinantes de las desigualdades sociales en la salud. Si existe la voluntad política necesaria para hacer un reparto más equitativo de los recursos y hay competencia profesional, existirán buenas razones para creer que las estrategias de mejora de la salud “desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población” conseguirán, no sólo reducir las desigualdades sociales en salud, sino también promover con éxito la salud del conjunto de la población. La clave para conseguir *Salud para Todos* está en que los últimos sean los primeros.

Bibliografía

Bibliografia

Acheson D et al. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office.

Alam A et al. (2005). *Growth, poverty and inequality: Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-poverty.pdf>, accessed 17 May 2006).

Anand S, Ravillion M (1993). Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives*, 7:133–150.

Andreev EM (2005). Quoted in: World Bank (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoung-full.pdf>, accessed 17 May 2006).

Atkinson A (1995). Is the welfare state necessarily an obstacle to economic growth? *European Economic Review*, 39:723–730.

Balabanova D, McKee M (2002). Access to health care in a system in transition: the case of Bulgaria. *International Journal of Health Planning & Management*, 17(4):377–395.

Bartley M (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:333–337.

Bauld L, Judge K, eds (2002). *Learning from health action zones*. Chichester, Aeneas Press.

Berkman LF (2005). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3):245–254.

Berkman LF, Glass T (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press: 137–173.

Bobak M et al. (2004). Lifespan and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. *BMJ*, 329(7469):767.

Bosma H et al. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 314(7080):558–565.

Boström G, Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa [Lifestyles and health]*. Stockholm, National Institute of Public Health (Report 2004:48).

British Department of Health (1999). *Saving lives: our healthier nation*. London, The Stationary Office (Series number: CM 4386; <http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGu>

[idance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4118614&chk=IpHfou](#), accessed 18 May 2006).

British Department of Health (2003). Tackling health inequalities: a programme for action. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf>, accessed 18 May 2006).

British Department of Health (2005). Tackling health inequalities: status report on the programme of action. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf>, accessed 18 May 2006).

Burns H (2005). Tackling health inequalities. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/40/09/04124009.pdf>, accessed 13 June 2006).

Burström B et al. (2003). Winners and losers in flexible labor markets: the fate of women with chronic illness in contrasting policy environments – Sweden and Britain. *International Journal of Health Services*, 33(2):199–217.

Carlson P (2001). Risk behaviour and self rated health in Russia: 1998. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:806–817.

Cavelaars AE, Kunst AE, Mackenbach JP (1997). Socio-economic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community: an international comparison. *Journal of Health Psychology*, 2:353–372.

Cavelaars AE et al. (1998). Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(4):219–227.

Chien TT et al. (2002). Vietnam health report 2002. Hanoi, Vietnam Ministry of Health: Medical Publishing House.

CIA (2006). The World Factbook. Washington, DC, Central Intelligence Agency (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>, accessed 17 May 2006).

Cockerham WC (2000). Health lifestyles in Russia. *Social Science and Medicine*, 51(9):1313–1324.

Coker R et al. (2006). Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: casecontrol study. *BMJ*, 332(7533):85–87.

Colhoun H, Prescott-Clarke P (1996). Health survey for England 1994. London, The Stationery Office.

Costa G et al. (2006). Italian case study. In: *Health for All? A critical study of policies in seven European countries*. Hogstedt C, Backhans M, Lundgren B, Moberg H. (eds). Stockholm, National Institute of Public Health (in press).

Dahlgren G (1996). Sectoral approaches to poverty reduction: health. A Report of the SIDA Task Force for Poverty Reduction. Stockholm, Swedish International

Development Agency.

Dahlgren G (1997). Strategies for reducing social inequalities in health – visions and reality. In: Ollila E, Koivusalo M, Partonen T, eds. *Equity in health through public policy*. Helsinki, Finland, STAKES.

Dahlgren G (2003a). Health and health care within the context of comprehensive strategies for poverty reduction – an international outlook. Hanoi, Ministry of Health in Vietnam.

Dahlgren G (2003b). Hälsopolitiska jämlikhetsstrategier – några utgångspunkter [Equity oriented strategies for health – some points of departure], Working paper, 8 August 2003. Stockholm, National Institute of Public Health.

Dahlgren G (2004). The affordability ladder step by step – purpose, concepts and examples, Working Paper. Liverpool, Affordability Ladder Programme, Department of Public Health, University of Liverpool.

Dahlgren G, Whitehead M (1992). Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414(2); [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 16 June 2006).

Dahlgren G, Whitehead M (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund (mimeo).

De Vogli R, et al. (2005). Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 158-62.

Diderichsen F (2002). Income maintenance policies: determining their potential impact on socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 53–66.

Diderichsen F (2006). Danish case study. In: *Health for All? A critical study of policies in seven European countries*. Hogstedt C, Backhans M, Lundgren B, Moberg H. (eds). Stockholm, National Institute of Public Health (in press).

Diderichsen F, Dahlgren G, Vågerö D (1997). Analysis of the proportion of the total disease burden caused by specific risk factors. Stockholm, National Institute for Public Health.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health – from ethics to action*. New York, Oxford University Press.

Diderichsen F, Hallqvist J (1997). Trends in occupational mortality among

middle-aged men in Sweden 1961–1990. *International Journal of Epidemiology*, 26(4):782–787.

Drever F, Whitehead M, eds (1997). *Health inequalities: decennial supplement*. London, The Stationary Office (DS Series No.15).

DTI (2001). *The UK fuel poverty strategy*. London, Department of Trade and Industry (DTI)/Department of Environment, Food and Rural Affairs (Defra) (<http://www.dti.gov.uk/files/files/16495.pdf>, accessed 17 May 2006).

DTI (2004). *The UK fuel poverty strategy: 2nd annual progress report: 2004*. London, Department of Trade and Industry (DTI)/Department of Environment, Food And Rural Affairs (Defra) (http://www.defra.gov.uk/Environment/energy/fuelpov/pdf/fuelpov_2nocover.pdf), accessed 17 May 2006).

Duffy K (1998). *Opportunities and risk: trends in social exclusion in Europe*. Council of Europe Project on Human Dignity and Social Exclusion (HDSE). Strasbourg, Council of Europe.

Economist (2006). *Finance and economics: decoupled: companies' and countries' prosperity*. *The Economist*, 378:75–76.

Eriksson JG et al. (1999). *Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: longitudinal study*. *BMJ*, 318(7181):427–431.

Falkingham J (2001). Quoted in: Walters S, Suhrcke M (2005). *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1; http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf, accessed 18 May 2006).

Falkingham J (2004). *Poverty, out of pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan*. *Social Science and Medicine*, 58(2):247–258.

Gilmore AB, McKee M, Rose R (2002). *Determinants of and inequalities in self perceived health in Ukraine*. *Social Science & Medicine*, 55(12):2177–2188.
 Gilmore AB et al. (2001). *Epidemiology of smoking in Ukraine 2000*. *Preventive Medicine*, 33(5):453–461.

Graham H (1996). *Smoking prevalence among women in the European Community 1950–1990*. *Social Science & Medicine*, 43:243–254.

Graham H, ed. (2000). *Understanding health inequalities*. Buckingham, Open University Press: 1–21.

Groenhof F et al. (1996). *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Central and Eastern Europe: a comparison to some Western European countries*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University.

- Guha S (1994). The importance of social intervention in England's mortality decline: the evidence reviewed. *Social History of Medicine*, 7(1):89–113.
- Hales S et al. (1999). National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income. *Lancet*, 354(9195):2047.
- Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1(7696):405–412.
- Haut Comité de la santé Publique (1998). *La santé en France 1994-8* [Health in France, 1994-8]. Paris, La Documentation Française.
- Health and Safety Executive (2004). Interim update of the “Costs to Britain of workplace accidents and work-related ill-health”. London, Health and Safety Executive, Economic Advisers Unit (<http://www.hse.gov.uk/statistics/pdf/costs.pdf>, accessed 18 May 2006).
- Health and Safety Executive (2005). *Health and safety statistics 2004/05*. London, Health and Safety Commission (<http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0405.pdf>, accessed 18 May 2006).
- Healy JD (2003). Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10):784–789.
- Hemingway H, Kuper H, Marmot M (2003). Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Yusef S et al., eds. *Evidence based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books: 181–218.
- Hemmingsson T (1999). Explanations of differences in alcoholism between social classes and occupation among Swedish men – a register based follow up study [Doctoral thesis]. Stockholm, Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Division of Occupational Health.
- Hemmingsson T et al. (1998). Explanations in social class differences in alcoholism among young men. *Social Science & Medicine*, 47(10):1399–1405.
- Hewitt P (2005). Tackling health inequalities. Speech at the EU Summit, London, England, 17 October 2005 (http://www.dh.gov.uk/NewsHome/Speeches/SpeechesList/SpeechesArticle/fs/en?CONTENT_ID=4125537&chk=JmFtgr, accessed 18 June 2006).
- House JS, Landis KR, Umberson D (1988). Social relationships and health. *Science*, 241:540–545.
- Ivaschenko O (2004). Longevity in Russia's regions: do poverty and low public health spending kill? Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER) (UNU-WIDER Research Paper No. 2004/40; <http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2004/rp2004-040.pdf>, accessed 16 May 2006).

- Jarvis MJ, Wardle J (1999). Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press: 240–255.
- Judge K et al. (2005). *Health inequalities: a challenge for Europe*. An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU (http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf, accessed 31 May 2006).
- Kälin W, Müller L, Wyttenbach J, eds (2004). *The face of human rights*. Baden, Switzerland, Lars Müller Publishers.
- Kaplan G et al. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*, 312:999–1003.
- Kawachi I, Kennedy B, Glass R (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8):1187–1193.
- Kawachi et al. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9):1491–1498.
- Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D (1996). Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ*, 312:1004–1007.
- Klocke A, Hurrelmann K (1995). Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? [Poverty and health. How are children and adolescents affected?] *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 2:138–151.
- Klumbiene J et al. (2004). Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. *European Journal of Public Health*, 14(4):390–394.
- Korpi W, Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies for equality: welfare state institutions, inequality and poverty in the western countries. *American Sociological Review*, 63(5):661–687.
- Kunst AE (1997). *Cross national comparisons of socioeconomic differences in mortality*. [PhD thesis]. Rotterdam, Erasmus University.
- Kyprianou M (2005). *Facing up to health inequalities in Europe*. Presentation at EU Summit: Tackling health inequalities: governing for health, London, England, 17–18 October 2005.
- Lang T, Ducimetiere P (1995). Premature cardiovascular mortality in France: divergent evolution between social categories from 1970 to 1990. *International Journal of Epidemiology*, 24(2):331–339.
- Leinsalu M, Vagero D, Kunst A (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*,

32:1081–1087.

Lewis M (2000). Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia? Washington DC, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank.

Lindholm L, Burström B, Diderichsen F (2002). Class differences in the social consequences of illness? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:188–192.

Link BG, Phelan J (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 80–94.

Link BG, Phelan J (1996). Understanding sociodemographic differences in health – the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, 86(4):471–473.

Ljung R et al. (2005). Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:92–100.

Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health – an empirical analysis. *Social Science & Medicine*, 32(4):385–393.

Lynch JW, Kaplan GA (1997). Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *Journal of Health Psychology*, 2:297–314.

Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44(6):809–819.

Lynch J et al. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, 320(7243):1200–1204.

Lynch J et al. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet*, 358(9277):194–200.

Mackenbach JP (1996). The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(11):1207–1213.

Mackenbach JP (2003). An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands. *International Journal of Health Services*, 33(3):523–542.

Mackenbach JP (2005). Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by and published under the auspices of the United Kingdom Presidency of the European Union, October 2005 (http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI_EU_Profile,0.pdf, accessed 16 May 2006).

Mackenbach J, Stronks K, Kunst A (1989). The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline

- of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Social Science & Medicine*, 29(3):369–376.
- Mackenbach JP et al. (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In: Mackenbach JP, Bakker MJ, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 3–24.
- Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T (1997). Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ*, 315(7102):211–216.
- Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.
- Marmot M, Bobak M (2000). International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ*, 321: 1124-8.
- Marmot M, Wilkinson RG (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, 322(7296):1233–1236.
- Marmot M et al. (1997a). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350(9073):235–239.
- Marmot M et al. (1997b). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44:901–910.
- McIsaac SJ, Wilkinson RG (1997). Income distribution and cause-specific mortality. *European Journal of Public Health*, 7(1):45–53.
- McKeown T (1976). *The modern rise of population*. London, Edward Arnold.
- Mesrine A (1999). Les differences de mortalité par milieu social restent fortes [Differences in mortality according to social class are still important]. *Données Sociales*, 228–235.
- Mielck A, Graham H, Bremberg S (2002). Children, an important target group for reduction of socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 144–168.
- Mitterand F (1995). Speech at the Social Summit in Copenhagen 1995. As quoted in: Jonsson S (2001). *Världens Centrum: En essä om globalisering* [The centre of the world: an essay about globalization]. Stockholm, Nordstedts Förlag (in Swedish).
- Montgomery SM et al. (1996). Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50:415–422.

National Board of Health and Social Welfare (2001). Health in Sweden – Sweden's Public Health Report 2001. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare (<http://www.sos.se/fulltext/111/2001-111-2/summary.htm>, accessed 18 May 2006).

National Board of Health and Social Welfare (2002). Vårdens värde [The value of care]. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare.

National Board of Health and Social Welfare (2005). Sweden's Public Health Report 2005. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare.

National Institute of Public Health (2003). Folkhälsoaspekter på EU:s gemensamma jordbrukspolitik (CAP) [Public health aspects on the Common Agricultural Policy (CAP) of the European Union]. Sandviken, Sweden, National Institute of Public Health.

National Institute of Public Health (2005). Folkhälsopolitisk Rapport 2005 [Public Health Policy Report 2005]. Stockholm, National Institute of Public Health.

NOBUS (National Survey of Household Welfare and Program Participation) Survey (2003). 2003 Round of the National Survey of Household Welfare and Program Participation (for Russia). Moscow, Federal State Statistics Service: 97.

Palme J (2004). EU, skatterna och socialförsäkringarna [European Union, taxes and social welfare systems]. In: Gustavson S, Oxelhielm L, Wahl N, eds. EU skatterna och välfärden. [European Union, taxes and welfare]. Stockholm, Santeus Förlag (in Swedish).

Peto R et al. (2004). Mortality from smoking in developed countries 1950–2000, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.

Pikhart H et al. (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:624–630.

Platt S et al. (2002). Smoking policies. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. Reducing inequalities in health: a European perspective. London, Routledge.

Pomerlau J, McKee M (2003). Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries [website]. London, European Centre on Health of Societies in Transition (http://www.llh.at/publications/02_uk_1_04.pdf, accessed 19 May 2006).

Power C, Matthews S (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet*, 350:1584–1585.

Putin V (2005). Russian President Putin Delivers State of the Nation Address. Kremlin, April 25 2005. (www.fas.org/irp/news/2005/04/putin042505.html, accessed 8 June 2006).

Raphael D (2001). From increasing poverty to societal disintegration. How economic inequality affects the health of individuals and communities. In:

Armstrong H, Armstrong P, Coburn D, eds. *The political economy of health and health care in Canada*. Toronto, Oxford University Press.

Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Rodriguez C (1955). Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish Provinces. *Social Science & Medicine*, 41(6):801–807.

Ross H (2004). The economics of tobacco and tobacco control. In: European Union ASPECT Consortium. *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities: 69–98
(http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf, accessed 19 May 2006).

Russian Ministry of Public Health (1997). *Towards a healthy Russia: policies and strategies for the prevention of cardiovascular and other noncommunicable diseases within the context of public health reform in Russia*. Moscow, Ministry of Public Health. As reported in: World Bank (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoung-full.pdf>, accessed 17 May 2006)

Sen A (1995). The political economy of targeting. In: van de Walle D, Nead K, eds. *Public spending and the poor*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press: 11–24.

Sen A (2000). *Development as freedom*. New York, Random House, Inc.

Sen A (2001). Economic progress and health. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press: 333–345.

Sethi D et al. (2006a). Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, published online June 26, 2006 DOI:10.1016/S0140-6736(06)68895-8.

Sethi D et al. (2006b). *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (in press).

Skrabski A et al. (2004). Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(4):340–345.

Stronks K et al. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18:653–674.

Suhrcke M et al. (2005). Economic consequences of non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation. Copenhagen, Who Regional Office for Europe: 36.

Summerfield C, Gill B (2005). Social trends No. 35. London: Palgrave Macmillan.

Szilágyi T (2004). Economic impact of smoking and tobacco control in Hungary, Budapest. GKI, Economic Research Institute.

Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850–1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1–37.

Tenconi MT et al. (1992). The relationship between education and risk factors for coronary heart disease. Epidemiological analysis from the nine communities study. The Research Group ATS-OB43 of CNR. *European Journal of Epidemiology*, 8(6):763–769.

Townsend P (1979). Poverty in the United Kingdom. London, Penguin Books.
UNDP (2005). Human Development Report 2005: international cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world. New York, United Nations Development Programme (<http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>, accessed 17 May 2006).

UNICEF (2001). Monee report no 8: a decade of transition Florence, Italy, United Nations Children's Fund, Innocenti Research Centre (Regional Monitoring Report, No. 8 – 2001; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/monee8/eng/index.html>, accessed 21 June 2006).

Vågerö D, Eriksson R (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 350(9076):516–518.

Vågerö D, Lundberg O (1995). Socioeconomic mortality differentials among adults in Sweden. In: Lopez AD, Casselli G, eds. Adult mortality in developed countries: from description to explanation. Oxford, Clarendon Press: 223–242.

Valkonen T (1992). Trends in regional and socio-economic mortality differentials in Finland. *International Journal of Health Sciences*, 3(3–4):157–166.

van de Mheen H, Reijneveld SA, Mackenbach JP (1996). Socioeconomic inequalities in perinatal and infant mortality from 1854 till 1990 in Amsterdam, The Netherlands. *European Journal of Public Health*, 6:166–174.

Wagstaff A, van Doorslaer E (2000). Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annual Review of Public Health*, 21:543–567.

Walberg P et al. (1998). Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ*, 317(7154):312–318.

Walters S, Suhrcke M (2005). Socioeconomic inequalities in health and health

care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of recent literature. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1; http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf, accessed 17 May 2006).

Wamala S et al. (2006). Dålig ekonomi stoppar sjuka från att söka läkare [Bad economy stops sick from seeking care]. *Dagens Nyheter*, 20 February 2006 (in Swedish).

Watkins K (2000). Growth with equity is good for the poor. Oxford, Oxfam (http://team.univ-paris1.fr/teamperso/DEA/Cursus/L3/Memoire/Growth_Inequality%20OXFAM.pdf, accessed 19 May 2006).

Welte R, König H-H, Leidel R (2000). Tobacco: the costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health*, 10:31–38.

Wennemo I (1993). Infant mortality, public policy and inequality – a comparison of 18 industrialised countries 1950–1985. *Sociology of Health and Illness*, 15(4):429–448.

Whitehead M (1990). The concepts and principles of equality and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/RPD 414; http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf, accessed 17 May 2006).

Whitehead M (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*, 76(3):469–492.

Whitehead M, Dahlgren G (2007). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 2)

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001). Equity and health sector reform: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358 (9284): 833–836.

Whitehead M, Diderichsen F (2001). Social capital and health: tip-toeing through the minefield of evidence. *Lancet*, 358 (9277):165–166.

Whitehead M, Scott-Samuel A, Dahlgren G (1998). Setting targets to address inequalities in health. *Lancet*, 351(9111):1279–1282.

Whitehead M et al. (2004). Evidence for public health policy on inequalities: 2: assembling the evidence jigsaw. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(10):817–821.

WHO (1995). World health report 1995. Bridging the gaps. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/whr/1995/WHR_1995.pdf, accessed

17 May 2006).

WHO (2002). World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf, accessed 17 May 2006).

WHO (2004). Commission on social determinants of health: note by the Secretariat. Geneva, World Health Organization (document number: EB115/35).

WHO (2006a). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html, accessed 30 May 2006).

WHO (2006b). Global tuberculosis control: surveillance, planning financing: WHO report 2006. Geneva, World Health Organization (document number: WHO/HTM/TB/2006.362; http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563141_eng.pdf, accessed 17 May 2006).

WHO Commission on Macroeconomics and Health (2001). Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva, World Health Organization (<http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>, accessed 13 June 2006).

WHO Regional Office for Europe (1985). Targets for Health for All: targets in support of the European Regional Strategy for Health for All. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (1999). Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 6; <http://www.who.dk/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>, accessed 15 June 2006).

WHO Regional Office for Europe (2005a). The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>, accessed 16 June 2006).

WHO Regional Office for Europe (2005b). Investing in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2005c). The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 7; <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>, accessed 15 June 2006).

WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team (2005). Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. Bulletin of the World Health Organization, 83:948–953 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/12/948.pdf>, accessed 17 May 2006).

- Wilkinson RG (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*, 304:165-68.
- Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge.
- Wilkinson RG (2005). *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. London, Routledge.
- Williams J (2004). *50 facts that should change the world*. Cambridge, United Kingdom, Icon Books Ltd.
- World Bank (2002). *Growth challenges and government policies in Armenia*. Washington, DC. World Bank.
- World Bank (2004). *Russia poverty assessment*. Washington, DC, Europe and Central Asia, Human Development Department, World Bank.
- World Bank (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoungfull.pdf>, accessed 17 May 2006).
- World Bank (2006). *World Development Report 2006: equity and development*. New York, Oxford University Press. As reported in: Anderson E, O'Neil T, eds. *A new equity agenda? Reflections on the 2006 World Development Report, the 2005 Human Development Report and the 2005 Report on the World Social Situation*. London. Overseas Development Institute (Working paper 265; http://www.odi.org.uk/publications/working_papers/wp265.pdf, accessed 15 June 2006).
- World Economic Forum (2005). *The global competitiveness report 2005–2006*. Geneva, World Economic Forum (www.palgrave.com/worldeconomicforum, accessed 7 June 2006).
- Ziglio E et al., eds (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, accessed 16 May 2006).
- Zoritch B, Roberts I, Oakley A (2005). *Day care for pre-school children*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4 (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000564.html>, accessed 7 June 2006).



Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional de la OMS para Europa
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Dinamarca

Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.

Email: postmaster@euro.who.int
Sitio web: www.euro.who.int