

Informe de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS: una valoración crítica*

Joan Benach⁽¹⁾⁽²⁾, Carles Muntaner⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾, Montse Vergara⁽¹⁾⁽²⁾, Sanjeev Sridharan⁽⁴⁾

- 1 Grup Recerca Desigualtats en Salut (GREDS). Employment Conditions Network (EMCONET), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
- 2 CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)
- 3 Social Equity and Health Section, Centre for Addiction and Mental Health Toronto
- 4 Bloomberg Faculty of Nursing and Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

Correspondencia:

Joan Benach
Grup Recerca Desigualtats en Salut / Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET)
Departament Ciències Experimentals i de la Salut (CEXS)
Passeig de Circumval·lació, 8
08003 Barcelona
Universitat Pompeu Fabra
email: joan.benach@upf.edu

* Ponencia presentada en las Primeras Jornadas sobre "Desigualdades Sociales en la Salud en la Comunidad de Madrid". Cátedra UAH-Fundación ICO de Análisis de Políticas Sanitarias. Madrid, 12-13 de noviembre de 2009.

Resumen

Tras más de tres años de trabajo, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud presentó a finales de agosto de 2008 su Informe final traducido en su versión resumida castellana como “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. El informe, muy probablemente uno de los textos de mayor interés en el campo de la salud pública de las últimas décadas, no ha dejado indiferente. Ha recibido notables alabanzas, desafortunadas críticas y algunas -pocas hasta el momento- críticas con un carácter más equilibrado y razonable. El objetivo de este texto es valorar críticamente dicho informe. Para ello, en primer lugar, se presenta el significado y uso de conceptos tan importantes como “determinantes sociales” y “equidad en salud” exponiéndose para ello diversos ejemplos; en segundo lugar, se revisa el origen y objetivos de la Comisión, resumiendo las características y difusión del Informe; tercero, se valoran las características y contenidos del informe desde distintos puntos de vista ideológicos y políticos: neoliberal y conservador, desde la epidemiología social y desde una visión radical de salud pública. El texto concluye con algunas reflexiones finales.

Introducción

Tras más de tres años de trabajo, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó a finales de agosto de 2008 el Informe final de la Comisión (IC) titulado “Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on Social Determinants of Health”, y traducido en su versión resumida castellana como “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. El informe, muy probablemente uno de los textos de salud pública más influyentes e importantes de las últimas décadas, no ha dejado indiferente. Ha recibido notables alabanzas, desaforadas críticas y algunas críticas -pocas hasta el momento- con un carácter más equilibrado y razonable. Es precisamente por su relevancia histórica, que es de gran interés conocer las fortalezas y limitaciones de este documento y realizar su valoración crítica. La etimología de la palabra ‘crítica’ (la misma que la de la palabra ‘crisis’) hace referencia a la facultad de establecer un “juicio, decisión, resolución..., sentencia”, un sentido que primó para los antiguos griegos. Según la Real Academia Española, “crítica” es el “arte de juzgar sobre la verdad, la bondad y la belleza de las cosas”. El objetivo de este artículo es por tanto realizar una valoración crítica global, tanto positiva como negativa, de dicho informe. Para ello, en primer lugar, se presenta el significado de “determinantes sociales” y “equidad en salud”, exponiéndose datos y ejemplos de sus características; en segundo lugar, se revisa el origen, características, objetivos y difusión de la Comisión, y se resume el contenido de su Informe final; tercero, se valora el Informe desde distintos puntos de vista ideológicos y políticos: neoliberal y conservador, desde la epidemiología social y desde una visión radical de salud pública; finalmente, el texto concluye con algunas reflexiones finales sobre el futuro de la Comisión y las acciones políticas más importantes sobre los determinantes sociales y la desigualdad en salud.

1. Los determinantes sociales y la equidad en salud

Las investigaciones de salud pública realizadas durante más de tres décadas muestran sin lugar a dudas como el estado de salud de una determinada población se debe, sobre todo, a las condiciones de empleo y trabajo, a la vivienda, al medio ambiente, y a otros muchos factores de tipo social.¹ Por ejemplo, estar desempleado o tener un empleo precario, habitar una vivienda sin condiciones adecuadas, vivir en un barrio pobre y contaminado, no tener acceso a agua potable o alimentos suficientes y nutritivos, no disponer de los equipamientos sociales y los servicios sanitarios adecuados, entre otros, determina a la vez la mala salud de esas personas y la aparición de desigualdad en la población. El conjunto de esos “determinantes sociales”,^{2,3,4} es decir, aquellos factores y vías por las que las condiciones sociales afectan a la salud, conforma, por tanto, un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud colectiva, a la salud pública. Pensar en esos determinantes permite entender que vivimos, enfermamos y morimos en función de la desigual forma en cómo nos alimentamos y en cómo trabajamos, en si disponemos o no de poder para participar en la toma de decisiones que son muy importantes en nuestras vidas, o en si existen las

¹ Con el objetivo de realizar un trabajo lo más didáctico posible, en este texto hemos voluntariamente limitado el número de referencias bibliográficas. No obstante, al final del texto se incluye una amplia bibliografía general sobre el tema de los determinantes sociales y la desigualdad en salud.

² Krieger N. A glossary for social epidemiology *J. Epidemiology Community Health* 2001; 55:693-700.

³ Tarlov, A. Social determinants of health: The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson (Eds.), *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*. London UK: Routledge, 1996:71-93.

⁴ Raphael D (ed). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives (2nd ed.)*. Toronto: Canadian Scholars' Press Incorporated, 2008.

condiciones suficientes para que cada ser humano desarrolle sus capacidades y pueda enfrentarse a sus propias limitaciones. Los determinantes sociales crean desigualdades en salud, es decir, diferencias en salud que cabe calificar como injustas y evitables.⁵ La distinción es importante, ya que aunque los determinantes sociales de la salud pueden afectar la producción de la salud y la enfermedad (bien sea directamente, bien sea en su interacción con distintos factores de tipo biológico, psicosocial o conductual), éstas pueden o no crear desigualdades en salud. De hecho, la distinción entre determinantes de la salud y su distribución desigual es crucial para entender las desigualdades en salud.⁶

Desafortunadamente, la mayoría de personas que habitan el planeta no viven actualmente con los determinantes sociales adecuados para generar el mínimo bienestar material y social con el que poder disfrutar y compartir una situación de salud que, como señalaba Jordi Gol, sea autónoma, solidaria y gozosa. Algunos ejemplos permiten ilustrarlo. Pensemos en los 200 millones de personas desempleadas, que con la actual depresión económica pueden alcanzar los 250 en el 2010. Pensemos en los alrededor de 300 millones de niños que trabajan, muchos de ellos en situación de extrema precariedad laboral o situaciones cercanas a la esclavitud. Pensemos también en la desigualdad económica entre continentes como África, que con el 14 por ciento de población sólo tiene el 2 por ciento del PIB, a pesar de ser enormemente rico en recursos y riquezas naturales, o bien en una desigualdad entre países que no ha dejado de aumentar entre 1980 (60 a 1) y el 2005 (122 a 1). Pensemos también en el hecho de la brutal desigualdad por la cual tres familias tienen la misma riqueza que 48 países pobres o en el hecho de que una quinta parte de la población del mundo tiene más del 80 por ciento de toda la riqueza.

Unas desigualdades sociales tan enormes afectan también a la salud de forma brutalmente desigual. Hoy en día mueren en el mundo unos 12 millones de niños al año antes de alcanzar el quinto año de vida. Pues bien, casi todas esas muertes ocurren en países de renta media y baja. La mortalidad infantil mundial es 81 muertes por 1.000 niños, pero sólo 7 por 1.000 en los países ricos y entre 170 y 260 por 1.000 en los países del centro de África. En estos momentos una niña sueca recién nacida tiene una probabilidad de vivir 43 años más que una nacida en Sierra Leona. En los adultos ocurre otro tanto, la desigualdad es muy grande. La esperanza de vida mundial es de 67 años, pero es de 78 en los países ricos y sólo 46 en diversos países africanos, mientras que en Zambia o Zimbabwe ni tan sólo alcanza los 40. Se ha estimado que si la tasa de mortalidad infantil de Islandia se generalizase al mundo entero morirían 6,6 millones de niños menos cada año. La mortalidad materna afecta a una de cada siete madres en Afganistán mientras solo a una de cada 17.400 madres en Suecia.

Todos esos datos ilustran suficientemente bien las brutales desigualdades sociales y de salud que afectan al planeta globalmente y entre países.

No obstante, el problema de la desigualdad en salud va mucho más allá que las diferencias existentes entre países. Y ello por razones muy comprensibles. La desigualdad en salud aqueja especialmente a las clases sociales más oprimidas y explotadas de la sociedad: los trabajadores y trabajadoras pobres en situación de precariedad laboral y sistemáticamente explotados, las mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, los inmigrantes en situación de ilegalidad y sin recursos objetos de discriminación, las personas excluidas, 'sin techo', o en situación de grave marginación social. Todos esos grupos sociales son objeto de diversas formas de discriminación y explotación (según su clase social, género, raza, etnia, orientación sexual, discapacidad, religión, nacionalidad, edad, enfermedad mental y su ideología política) que afecta directa o indirectamente, a su salud. La desigualdad tiene también un importante componente geográfico ya que las clases sociales más empobrecidas

⁵ Whitehead M. The Concepts and principles of equity and Health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429-45

⁶ Graham H. Social Determinants and Their Unequal Distribution. *Milbank Quarterly* 2004;82(1):101-24.

viven muchas veces en barrios “marginados” y sufren una explotación, exclusión y opresión social múltiple: tienen menos recursos económicos, menos poder político, peor atención sanitaria y servicios sociales, y están más expuestos a factores de riesgo dañinos para la salud, ya sean éstos de tipo social, laboral, o ambiental. Uno de los más clamorosos ejemplos es el de Estados Unidos, uno de los países más ricos y a la vez más desiguales del mundo, donde el 10% más rico acapara la mitad de la renta de los hogares. En Estados Unidos, la diferencia en la esperanza de vida entre condados se acerca a los 20 años. Algunos condados del estado de Dakota del Sur tienen, en promedio, 12 años menos de esperanza de vida en los hombres y 17 en las mujeres que en Minneapolis o Utah. Otro ejemplo lo hallamos en *Calton*, un barrio muy pobre de Glasgow, que tiene una esperanza de vida de 54 años, 8 años menos que en la India, un país pobre. Sin embargo, apenas una docena de kilómetros al norte de Calton, en la rica zona de *Lenzie*, la esperanza de vida asciende a los 82 años, una de las más altas de Europa.

En las últimas décadas, el gran crecimiento en el conocimiento descriptivo sobre la desigualdad en salud ha permitido constatar dos rasgos generales: su *ubicuidad*, ya que la desigualdad está presente en todos los países y circunstancias donde hay información y ésta se ha analizado, lo cual ha permitido señalar que nos hallamos ante la mayor epidemia sanitaria y social del planeta; y la *consistencia* de los estudios realizados, ya que la mayoría de ellos han hallado desigualdades con características similares.⁷

Pero además, los resultados obtenidos han permitido identificar cuatro rasgos generales de gran interés.⁸ En primer lugar, su *gran magnitud*, ya que el impacto de la desigualdad es enorme. Por ejemplo, en los años 90 se estimaba que si las tasas de mortalidad de la población afroamericana de los EE.UU. hubieran sido iguales a las de los blancos, se hubieran evitado cerca de 900.000 muertes entre 1991 y el año 2000. Durante el mismo período de tiempo, los avances médicos sólo conseguirían evitar 176.000 muertes. La mortalidad infantil de los hijos de madre de clase trabajadora en Bolivia es de 100 por 1.000 mientras que la de los hijos de madre de clase media es de 40 por 1.000. Otro ejemplo de desigualdad social lo tenemos bien cerca, en el reino de España, donde cada hora mueren cuatro personas (35.000 muertes anuales) relacionadas con la desigualdad social. Segundo, su *gradualidad*, es decir, no existe un dintel a partir del cual empeore la salud sino que la desigualdad se extiende a lo largo de toda la escala social. A medida que descendemos en la escala social, en el nivel de riqueza o en la educación, también empeora progresivamente la salud de los ciudadanos. No se trata, por tanto, de que los más pobres, marginados o “excluidos”, tienen peor salud sino de que existe un “gradiente” de salud según el cual, cuanto peor es la situación social peor es la situación de salud. Así pues la mortalidad del quintil más bajo de ingresos tiende a ser mayor que la del cuarto quintil, que a su vez es mayor que la del tercer quintil. Tercero, la *no reducción* de la desigualdad, ya que en una gran mayoría de casos estas desigualdades en salud no se reducen sino que de hecho se mantienen o aumentan. Es decir, aunque en numerosos países y regiones del mundo muchos indicadores de salud, y en especial los de mortalidad, tienden a mejorar, no ocurre así con los indicadores de la desigualdad en salud ya que se mantiene o aumenta la distancia relativa entre las clases o grupos sociales. Y cuarto, su *adaptabilidad* social e histórica, ya que, bien sea en el uso de los servicios sanitarios, en la utilización de los servicios preventivos o en la adquisición de “estilos de vida” que comportan un riesgo para la salud, los grupos sociales más privilegiados son quienes se benefician antes y en mayor proporción de las políticas e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Un ejemplo de ello, es la progresiva “movilidad” histórica del tabaquismo desde las clases sociales más enriquecidas a las más empobrecidas. Y

⁷ En este texto se han obviado los aspectos más técnicos, científicos y académicos relativos al debate sobre las características, causas e impacto de las desigualdades en salud.

⁸ Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria* 1997;11:255-258.

ello tiene que ver con complejas causas sociales relativas a los procesos históricos que determinan la distribución de información, oportunidades, recursos y poder en cada sociedad.

A pesar del amplio conocimiento adquirido desde el siglo XIX y sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, y de que la desigualdad en salud constituye un tema de salud pública de la máxima importancia, es sorprendente constatar como el conocimiento actual del tema es aún muy limitado, y como el conjunto de políticas, intervenciones y acciones destinadas a reducir las desigualdades en salud ha sido asombrosamente escaso. La puesta en marcha de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS reflejó con gran claridad esta importante insuficiencia.

2. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2004-2008)

2.1. Origen, características, objetivos y difusión

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), analizó los principales problemas de salud de la humanidad: enfermedades como las cardiopatías, la diabetes, el cáncer, o la obesidad, la falta de acceso a servicios de salud, el tabaquismo, los accidentes de tránsito, los problemas de salud mental, el control del VIH/SIDA, o la posible erradicación de varias enfermedades infecciosas. Junto a la puesta en marcha de muchas estrategias y resoluciones, el entonces Director General (DG) de la OMS, el coreano Lee Jong-wook, anunció también la creación de una “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud” (CDSS) que reuniera la evidencia existente sobre las causas sociales (por ejemplo políticas y económicas) que generan las desigualdades en salud y, sobre todo, sobre las posibles formas de reducirlas. En concreto el DG de la OMS señaló que “no se trataba de hacer un ejercicio académico, sino de reunir la evidencia científica necesaria como base para el cambio político, con el objetivo de que los planificadores, y diversos actores de los países lo usen de forma práctica.”

El número de personas que intervinieron en la Comisión fue muy numeroso: científicos, expertos de la OMS y otros organismos de la ONU, políticos y, algo poco común en otras comisiones, también miembros de la llamada sociedad civil y ONGs. El director de la Comisión fue el epidemiólogo británico de origen australiano Michael Marmot que estuvo acompañado por un amplio grupo de comisionados del mundo de la política y la ciencia entre los que se incluyeron el ex-presidente de Chile Ricardo Lagos, el senador italiano Giovanni Berlinguer y el Premio Nobel de Economía Amartya Sen. Además, en todo el proceso jugaron un papel muy importante las llamadas “Redes de conocimiento” (RC)⁹ o grupos de investigación (con decenas o incluso centenares de miembros en cada una de ellas) que recibieron el encargo de resumir el conocimiento científico disponible en áreas específicas como las ya citadas y proponer recomendaciones políticas que pudieran ser evaluadas por el director de la Comisión y los comisionados para escribir el informe final. La Comisión fue creada para mostrar la evidencia sobre lo que puede hacerse para promover la salud y para crear un movimiento global que lo consiga. Más en detalle, los principales objetivos de la Comisión fueron enunciados de este modo: recoger y resumir la información científica disponible sobre cómo determinantes sociales como las relaciones de empleo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el género, el ambiente urbano, o el desarrollo infantil generan desigualdades de salud en el mundo entero, y generar recomendaciones políticas para su reducción.

⁹ Las Redes de Conocimiento (conocidas en inglés como *Knowledge Networks* o KN) fueron 9: sobre el desarrollo infantil, condiciones de empleo, globalización, sistemas de salud, medio ambiente urbano, métodos, género, exclusión social y prioridades de salud pública.

La responsabilidad principal del informe correspondió a Michael Marmot y su equipo de la *University College London* (UCL) en Londres. A nuestro juicio, dos de los motivos que han llevado a que, en general, el informe haya sido innovador y haya tenido una recepción positiva, han tenido que ver con la influencia, presiones y múltiples observaciones desplegadas durante la realización del informe por una amplia diversidad de grupos sociales, investigadores, gobiernos y ONGs progresistas, opuestos a las políticas neoliberales hoy dominantes. Asimismo, la propia apertura de Michael Marmot y el equipo de UCL a aprender de esta interacción fue también de gran ayuda. En este sentido, es muy notable observar la evolución del Dr. Marmot, desde su marcado énfasis en la influencia de los factores psicosociales en la creación de desigualdades en salud, analizado en su libro "El Síndrome de Estatus" de 2004,¹⁰ justo antes del inicio de los trabajos de la Comisión, hasta la publicación del IC en 2008 donde se plantean temas relativos a la justicia social, las intervenciones políticas, el empleo justo, la financiación de los países pobres, la salud en todas las políticas, la regulación del mercado, y la necesidad de políticas públicas.¹¹ En particular, la participación de organizaciones como el *People's Health Movement* (PHM) tuvo un impacto importante sobre el contenido igualitario de todo el proceso. El carácter multidisciplinar de algunas RC dio lugar a ciertos procesos innovadores como fue, por ejemplo, la adopción de la búsqueda de alternativas a las "revisiones sistemáticas" en favor de un enfoque más realista sobre el conocimiento y evidencia disponible más adecuados para el estudio global de los DSS y la evaluación de intervenciones para reducir desigualdades sociales en salud.¹² Además, las RC establecieron estrechas colaboraciones por todo mundo, algunas de las cuales han tenido continuidad tras la publicación del informe (un ejemplo es el de la RC sobre Globalización).¹³

Por su parte, el conjunto de puntos de vista de los comisionados (19 bastante conocidos líderes mundiales en varios campos), fue también un reflejo de una amplia gama de ideologías: desde la comisionada Gail Wilensky claramente alineada con la administración neoliberal conservadora de George Bush hasta el ex presidente social-demócrata de Chile Ricardo Lagos. Aunque entre el director y las RC hubo repetidas ocasiones de intercambiar ideas y opiniones, los comisionados no se implicaron tan directamente en los debates, realizando casi en todos los casos sus reuniones por separado. Dada la escasa formación y experiencia directa en Salud Pública de muchos comisionados, parece lógico que hubiera sido deseable un mayor acercamiento por parte de los mismos con las RC. Tras más de tres años de trabajo y la elaboración de muchos trabajos preliminares, reuniones y discusiones, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS presentó el 28 de agosto de 2008 junto a Margaret Chan (la nueva directora de la OMS), el Informe Final de la Comisión (IC) traducido en su versión resumida castellana como "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud".¹⁴

Los esfuerzos de difusión a través de la colaboración con las Naciones Unidas en diversas iniciativas globales, las reuniones con ministros de salud en Bamako en noviembre de

¹⁰ Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Henry Holt, 2004.

¹¹ Muntaner C, Sridharana S, Solar O, Benach J. Against unjust global distribution of power and money: The report of the WHO commission on the social determinants of health: Global inequality and the future of public health policy. *Journal of Public Health Policy* (2009) 30, 163–175. doi:10.1057/jphp.2009.15

¹² Benach J, Muntaner C, Santana V. Employment, Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET), 2007. http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf

¹³ Globalization Knowledge Network (GKN). WHO Commission Social Determinants of Health http://www.who.int/social_determinants/themes/globalization/en/index.html

¹⁴ Puede consultarse el texto completo en inglés del informe "Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in A Generation. Health Equity through action on social determinants of health". Geneva: World Health Organization (2008), en la página web: http://www.who.int/social_determinants/en/

2008, o la discusión sobre la generación de un "movimiento" para eliminar las desigualdades de salud a través de la participación de las poblaciones afectadas, o la reforma de la OMS han sido también importantes objetivos derivados de la publicación del informe. Con todo ello, y a pesar del relativamente bajo perfil inicialmente adquirido por el Informe en el seno de la OMS (por ejemplo, con un lanzamiento del informe modesto), el informe ha sido capaz de captar la atención dentro y fuera del campo de la salud pública.

2.2. El contenido del informe de la CDSS

El Informe Final de la Comisión (IC) de la CDSS se compone de 246 páginas. Está distribuido en 6 apartados en los que se incluyen 17 capítulos,¹⁵ aparte de un resumen, anexos y otras informaciones complementarias. A lo largo de un texto bien estructurado y redactado se recopilan numerosas informaciones, datos y análisis que apoyan y nutren las posteriores estimaciones y propuestas. Así, junto a datos y estudios específicos bien conocidos sobre la distribución de las desigualdades en salud, se señalan informaciones de carácter global menos conocidas. Por ejemplo, se apunta que “en el año 2007, por vez primera, la mayoría de la gente en el mundo ya vive en zonas urbanas y que casi 1.000 millones de personas viven en suburbios”, o que “cuatro de cada cinco personas en el mundo no tiene una cobertura básica de seguridad social”, o también, que “la ayuda [económica] es importante para el desarrollo social, pero el volumen de esa ayuda es terriblemente bajo, en términos absolutos y relativos por parte de los países donantes, y en relación con el compromiso de ayuda del 0,7% del PIB.”

Junto a los datos, sin embargo, tiene un mayor interés revisar las valoraciones y conclusiones que presenta el informe. Una contribución importante fue hacer más explícito temas relativos a la justicia social, la política y las políticas en relación con los DSS y la reducción de las desigualdades de salud, tanto a nivel global como dentro de los países. En el Cuadro 1 puede observarse un amplio resumen pero no exhaustivo con las principales valoraciones y conclusiones contenidas en el Informe.

Cuadro 1. Valoraciones y conclusiones

- “La injusticia social está matando a la población a gran escala, la reducción de las inequidades en salud, entre y dentro de los países, es un imperativo ético.”
- “La distribución desigual de experiencias que dañan la salud no es en ningún sentido un fenómeno natural sino el resultado de la combinación de políticas sociales e intervenciones deficientes, situaciones económicas injustas y malas políticas.”
- “El crecimiento económico es importante sin duda, en particular en los países pobres, ya que ofrece la oportunidad de tener recursos que se pueden invertir en mejorar la vida de la población. Sin embargo, el crecimiento en sí mismo, si no existen políticas sociales apropiadas que aseguren una razonable justicia en el modo en que se distribuyen los beneficios, comporta pocas mejoras en la equidad de salud.”
- “Aunque el medio laboral es visto como una vía para salir de la pobreza en los países ricos, éste no es el caso en todo el mundo. Cuando se dispone de empleo justo y condiciones de trabajo dignas, el gobierno, los empresarios, y los trabajadores, pueden ayudar a erradicar la pobreza, aliviar las desigualdades sociales, y mejorar las oportunidades para conseguir salud y bienestar.”

¹⁵ Los 6 apartados del informe son los siguientes: Parte 1 “Setting the scene for a global approach to health equity” con los capítulos 1 a 3; Parte 2 “Evidence, action and actors” compuesto de sólo el capítulo 4; Parte 3 “Daily Living conditions” donde se incluyen los capítulos 5 a 9; Parte 4 “Power, Money, and Resources” compuesto por los capítulos 10 a 15; Parte 5 “Knowledge, monitoring, and skills: the backbone of action” donde se incluye el capítulo 16; y la Parte 6 “Building a Global Movement” con el capítulo 17.

- “La atención sanitaria es un bien público, no una mercancía. Casi todos los países de alta renta han organizado sus sistemas de salud alrededor del principio de cobertura universal; ese enfoque requiere que toda la población dentro del país pueda acceder al mismo tipo de servicios según sus necesidades y preferencias, independientemente de cual sea su nivel de ingresos, estatus social, o residencia, y que la población tenga capacidad o poder suficiente para utilizar esos servicios (...) Los sistemas de atención sanitarios logran mejores resultados de salud cuando se basan en la atención primaria.”
- Las desigualdades de género son omnipresentes en todas las sociedades. Los sesgos en el poder, los recursos, los derechos, las normas y valores, y el modo en que se estructuran las organizaciones, y se realizan las intervenciones, dañan la salud de millones de niñas y mujeres. La posición de las mujeres en la sociedad también se asocia con la salud infantil y la supervivencia. Las desigualdades de género influyen en la salud, por ejemplo, a través de la discriminación en las formas de alimentación, la violencia contra las mujeres, la falta de poder en la toma de decisiones, y en las injustas divisiones en cuanto al trabajo, el ocio, y las posibilidades de mejorar la vida propia vida. Aunque en muchos países la posición de las mujeres ha mejorado sustancialmente en el siglo pasado, el progreso ha sido desigual y quedan muchos retos por cubrir.
- Las grandes diferencias existentes en el mundo en la salud y la vida de la gente reflejan un desequilibrio en el poder y prosperidad de las naciones. Los beneficios de la globalización continúan siendo muy desigualmente distribuidos. El progreso en el crecimiento económico global y en la equidad en salud logrado entre 1960 y 1980 se ha perdido.
- La falta de datos significa a menudo que los problema no son reconocidos. Disponer de buena evidencia en los niveles de salud, su distribución, y los determinantes sociales de salud, es esencial para entender la magnitud de los problemas, los efectos de las acciones a valorar y el progreso que será necesario monitorizar.
- “Cualquiera que sea el nivel económico de los países, la financiación pública de acciones sobre los determinantes sociales de la salud es fundamental para conseguir el bienestar y la equidad en salud. En los países ricos el desarrollo socioeconómico ha sido muy apoyado por la progresiva financiación pública de infraestructuras y servicios públicos universales. Debido a los fallos del mercado para ofrecer bienes y servicios en forma equitativa, el énfasis en la financiación pública debe comportar un fuerte liderazgo del sector público y un nivel de gastos adecuado.”
- “Los mercados pueden comportar beneficios para la salud en forma de nuevas tecnologías, bienes y servicios, y la mejora en el nivel de vida. Sin embargo, el mercado puede también generar condiciones negativas para la salud, incluyendo desigualdades económicas, agotamiento de recursos, contaminación ambiental, condiciones de trabajo no saludables, y la circulación de productos peligrosos y dañinos.”
- “El liderazgo del sector público no debe suplir a la responsabilidad y capacidad del sector privado. Los responsables del sector privado tienen la influencia y el poder para hacer mucho por la equidad en salud global. Aunque hasta el momento iniciativas como la responsabilidad social corporativa han mostrado poca evidencia de tener efectos reales, ésta puede ser un valioso instrumento pero hace falta evidencia que lo demuestre.”

Una importante valoración del IC relativa al origen de las desigualdades en salud tiene que ver con las llamadas “causas de las causas”, una denominación propuesta hace ya tiempo por el epidemiólogo social británico Geoffrey Rose. Mientras que para la “ideología biomédica dominante” las causas más importantes que generan los problemas de salud tienen que ver con “las causas cercanas” a la enfermedad, como son los problemas genéticos, las “elecciones individuales” como las malas prácticas dietéticas o el hábito de fumar, Rose propuso que nos fijáramos en las causas “más alejadas” de tipo social, económico y político que determinan la exposición a estos factores “cercaños”. Para ilustrar este punto, podemos pensar en ejemplos

muy diversos.¹⁶ Durante décadas se han realizado minuciosos análisis entre los funcionarios públicos del ayuntamiento de Londres (los conocidos estudios *Whitehall*) sobre sus características laborales y sociales, sus factores de riesgo biológicos y conductuales, la aparición de enfermedades y su probabilidad de morir. Múltiples investigaciones muestran concluyentemente cómo los trabajadores con peor situación salarial, laboral y social, también tienen niveles de colesterol o de glucosa en sangre más elevados, son también quienes fuman más y quienes también realizan menos ejercicio físico. Las causas de todo ello no son genéticas, desde luego, pero tampoco son ‘personales’ debido a una ‘libre elección’ individual, ni tampoco se deben a los servicios sanitarios. Es la ‘combinación tóxica’ de factores sociales, apunta la Comisión, la que daña la salud de las clases sociales más pobres, con menos recursos y en peor situación social. Claro está, las “vías” o caminos causales pueden ser distintos según los individuos y grupos sociales pero los individuos más explotados u oprimidos son quienes tienen una mayor probabilidad de alimentarse inadecuadamente, de fumar y beber alcohol en exceso con mayor frecuencia debido a su estrés, y de tener servicios sanitarios menos completos y de menor calidad. Estudios recientes muestran como la experiencia de pobreza durante la infancia afecta la capacidad cognitiva del adulto a través del estrés fisiológico crónico, medido mediante hormonas y otros índices fisiológicos. Todo ello daña la biología humana, genera enfermedad y aumenta el riesgo de morir. Así pues, todo ese proceso ocurre como si desde que nacemos hasta que morimos cada persona ‘incorporara’ dentro de su cuerpo los determinantes sociales que finalmente acabarán expresándose en una desigualdad de tipo biológico.

Por otra parte, el IC contiene también una amplia lista de recomendaciones y prioridades (ver cuadro 2). Dicho en forma resumida, dichas recomendaciones tienen que ver con tres grandes apartados: primero, mejorar las condiciones de vida cotidianas; segundo, luchar contra la distribución desigual del poder y los recursos; y tercero, medir y comprender los problemas y evaluar el impacto de las intervenciones a realizar. Si bien la primera y la tercera recomendaciones son bien conocidas, la segunda es innovadora y valiente, ya que coloca la justicia social y macro determinantes políticos y económicos a la vanguardia de la agenda de salud mundial.

¹⁶ “Una trabajadora de la limpieza en situación de precariedad se intoxica con un producto químico que le produce un asma por sensibilización de origen laboral. Ante una enfermedad como esa se suele tender a ‘culpabilizar a la víctima’. Se apunta a que la trabajadora tuvo una actitud imprudente, a que tomó riesgos innecesarios, a que no se protegió de la forma debida. Aunque todo eso puede ser cierto en algunos casos, la repetición de situaciones parecidas en muchas otras trabajadoras debería hacernos sospechar que existen muchas otras causas que son mucho más importantes y fundamentales. Así, desde el punto de vista de los determinantes sociales a que hacemos referencia, es imprescindible también mirar a otras causas muy importantes que anteceden a posibles causas como las citadas. Por ejemplo, ¿promovió el gobierno correspondiente las inspecciones laborales que hacían falta en las empresas? ¿Recibieron las trabajadoras con contrato temporal la formación y recursos adecuados para protegerse? ¿Se hicieron las políticas sociales, laborales y de salud adecuadas para ayudar a que se pusieran en práctica acciones preventivas efectivas en las empresas? ¿Tomó la empresa las acciones preventivas apropiadas? ¿Se cumplió la ley de prevención de riesgos laborales? Y así podríamos seguir con otras muchas ‘causas de las causas’, es decir, aquellas que hacen que los grupos sociales con menos recursos, más débiles, más vulnerables, tengan, por una u otra razón, una mayor probabilidad de padecer una enfermedad laboral y morir a causa de la exposición a una sustancia peligrosa.” Ejemplo reproducido en: Benach J, Muntaner C. La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio-ecológica del capitalismo. Entrevista en *Ecología Política*. 2009;37 :21-33.

Cuadro 2. Recomendaciones y prioridades

- “La acción sobre los determinantes sociales de la salud tiene que ser llevada a cabo por el conjunto del gobierno, la sociedad civil, las comunidades locales, las empresas, y las agencias internacionales.”
- “La mejora de los suburbios urbanos debe ser una prioridad, mejorándose la provisión de agua, higiene ambiental, electricidad, pavimentación de calles, y mejora de las viviendas independientemente de la capacidad de pago que se tenga. Conseguir una vivienda asequible debe ser una importante prioridad de cualquier agenda que quiera lograr equidad en salud.”
- “Las políticas de empleo deberían dirigirse a conseguir un salario para vivir (que tenga en cuenta el coste real para tener una vida saludable) que proteja a todos los trabajadores.”
- “Para reducir la desigualdad en una generación se requiere que los gobiernos creen sistemas de protección social que permitan un nivel de vida saludable, por debajo del cual nadie debería hallarse en situaciones de indefensión. La protección social debiera ampliarse a toda la población, incluyendo a aquellos que se hallan en situación de precariedad, trabajo informal, o que realizan trabajo doméstico o de cuidado.”
- “Para mejorar la equidad en salud se requiere una acción de gobierno coherente a todos los niveles, incluyendo la financiación, la educación, la vivienda, el empleo, el transporte y la sanidad.”
- “La acciones interesectoriales pueden ser una estrategia clave para mejorar la coherencia de las políticas. Ir más allá de la acción de gobierno e incluir a la sociedad civil, voluntariado, y al sector privado es fundamental para la equidad en salud y ayudar a conseguir una toma de decisiones más justa.”
- “En relación a los determinantes sociales de la salud el empoderamiento es crucial. El empoderamiento material, psicosocial y político se logra con la inclusión en la sociedad y el logro de los derechos de las condiciones necesarias para conseguir el mayor nivel posible de salud.”
- “Los cambios en la relaciones de poder pueden realizarse a varios niveles, desde el nivel individual, la vivienda, la comunidad, o la esfera de relaciones estructurales entre quienes rigen las instituciones económicas, sociales y políticas. La acción de la comunidad o la sociedad civil sobre las desigualdades en salud no puede separarse de la responsabilidad del estado para garantizar una serie completa de derechos y para asegurar una distribución justa de bienes materiales y sociales esenciales entre los grupos de población. Los enfoques de arriba abajo y de abajo arriba son igualmente vitales.”
- “Solamente a través de un sistema de gobierno global -que coloque la justicia en la salud en el centro de la agenda del desarrollo y una igualdad auténtica en la capacidad de influencia en el centro de la toma de decisiones- será posible que exista una atención coherente en la equidad de salud global.”
- “Debe fortalecerse la evidencia basada en la inequidad en salud, los determinantes sociales de la salud, y la evaluación de lo que funciona para lograr su mejora. Desafortunadamente, la mayor parte de la financiación de la investigación en salud tiene un enfoque biomédico aplastante. Además, gran parte de la misma tiene un sesgo de género.”
- “Se pueden hacer, y se están realizando, acciones. Debe establecerse una acción coherente que, basada en la desigualdad estructural, atraviese todos los determinantes, y permita obtener una mejora inmediata. Cuando reclamamos reducir la desigualdad en una generación, no pensamos que el gradiente social de la salud dentro de los países, o las grandes diferencias entre países, puedan abolirse en 30 años. Sin embargo, la evidencia de este informe nos anima a pensar a que verdaderamente se puede conseguir una reducción sustancial de esa brecha.”

- “En el centro de la acción se encuentra el empoderamiento de la gente, las comunidades y los países que en la actualidad no reciben un trato justo. El conocimiento y los medios para cambiar esa situación están en nuestra mano. Lo que hace falta es la voluntad política para poner en marcha unos cambios que son difíciles pero posibles.”

3. Valoraciones y críticas al informe de la CDSS

Durante su proceso de realización, hubo tanta expectativa sobre el IC de la CDSS que incluso aparecieron críticas anteriores a su finalización.¹⁷ La publicación final del IC, muy probablemente uno de los textos de mayor interés en el campo de la salud pública de las últimas décadas, no ha dejado a nadie indiferente. El texto ha recibido notables alabanzas y también algunas críticas bastante radicales. La amplia gama de reacciones refleja el profundo eco recibido por el documento, un punto que no es menor para un informe producido por una organización como la OMS, conocida habitualmente por utilizar un estilo cauteloso y burocrático. A continuación revisamos tres tipos de críticas: la visión muy negativa realizada por fuerzas neoliberales, la visión positiva realizada por epidemiólogos sociales y, finalmente, un análisis radical de salud pública, positivo en general, pero también crítico.

3.1. La visión catastrofista y descalificante neoliberal

Desde el punto de vista conservador planteado por revistas neoliberales, laboratorios de ideas (*think tanks*) conservadores o el mundo académico, se ha realizado una valoración negativa o muy negativa del informe, con una crítica destructiva del mismo, sin tapujos. Algunas de las principales respuestas realizadas pueden resumirse en cinco puntos principales.

En primer lugar, la descalificación ideológica, política e incluso científica. La revista de ideología neoliberal *The Economist*, por ejemplo, ha señalado que el informe puede estar en lo cierto al tratar el conjunto de causas que determinan la salud de las personas pero que es políticamente ingenuo y se equivoca al no tener en cuenta el papel fundamental del crecimiento económico. Para esta revista el IC:

*“parece a veces aullar a la luna cuando ataca los desequilibrios de la distribución del poder y dinero (...) sería una lástima que las ideas más sensatas del informe quedaran oscurecidas por la determinación quijotesca de los autores para lograr una equidad política, económica y social perfecto.”*¹⁸

El Instituto *Fraser* y sus ideólogos¹⁹ son aún más directos en sus críticas:

*“los compañeros de la antigua URSS habrían estado encantados con este ‘manifiesto panfletario’. Aquellos que viven en el mundo real, sin embargo, deberían ser mucho más escépticos.”*²⁰

Por su parte, algunos autores han centrado sus críticas en la descalificación académica.

¹⁷ Banerji D. Serious crisis in the practice of international health by the World Health Organization: the Commission on Social Determinants of Health. *Int J Health Serv.* 2006;36(4):637-50.

¹⁸ *The Economist*. “The price of weing well”. 28 agosto 2008.

¹⁹ Ver el artículo de Philip Stevens. WHO prescription for global poverty. 2 Septiembre 2008. Accesible en la página web: <http://www.criticalopinion.org/articles/169>

²⁰ Fraser Institute. The WHO’s sick manifesto. Trade combats inequality and improves health. *Fraser Forum* 10/08, 2008. Accesible en: http://www.fraserinstitute.org/Commerce.Web/product_files/WHOsSickManifesto.pdf

“Aunque se debe aplaudir al informe por la amplia gama de temas que aborda, el mismo anticipa sus conclusiones y es muy selectivo en las pruebas que ofrece, lo que hace que se parezca mucho a la propaganda política. Hay muchos estudios revisados y publicados en eminentes revistas que llegan a conclusiones opuestas acerca de la utilidad de muchas de las conclusiones de la Comisión (...) El fracaso en ofrecer un equilibrio sugiere que existe un sesgo fundamental que no puede obviarse en un informe publicado bajo los auspicios de un organismo supuestamente imparcial como es la OMS.”²¹

Segundo, el hecho de que el IC no valore que el crecimiento económico y la globalización han tenido también importantes efectos positivos para la salud y bienestar de la población. En el ámbito académico, por ejemplo, se señala:

“los autores del informe han exclusivamente revisado los aspectos negativos de la globalización económica, lo que implica que la multitud de estudios que muestran una relación positiva entre el crecimiento económico, el libre comercio, y el desarrollo humano con la salud, ni siquiera son mencionados.”²¹

Igualmente, en el ámbito ideológico se apunta:

“En primer lugar, la imagen de desigualdad en el mundo no es tan mala como sugieren los autores. En segundo lugar, la insistencia de la OMS que el crecimiento económico no es necesariamente bueno para la salud general es errónea (...) Los autores del informe no descartan la función del crecimiento, lo que describen como "sin duda importante", aunque afirman que puede conducir a una mayor desigualdad a menos que existan políticas específicamente diseñadas para mejorar la salud pública.”²⁰

Tercero, se apunta a que no es verdad que la protección social y la regulación del empleo y el comercio sean beneficiosos. Un ejemplo referido por el conservador *Fraser Institute*.

“El rechazo del libre comercio de la OMS es aún más desconcertante. El libre comercio ha mostrado ser fuera de cualquier duda la mayor arma contra la pobreza (...) El problema real es que los países más pobres no comercian lo suficiente: por ejemplo, como resultado de los elevados aranceles y otras restricciones (...) El informe también afirma que al tener prestaciones de desempleo generoso y estrictas regulaciones de empleo se reducirá la probabilidad de pérdidas de empleos, y es un parachoques para los que han tenido la mala suerte de perder su empleo. Sin embargo, donde esto se ha intentado, se han producido altos niveles de desempleo estructural. De entrada, las normativas gubernamentales que dificultan el despido de empleados hacen menos probable que las empresas puedan realizar contratos.”²⁰

Cuarto, el IC no plantea la importancia de la responsabilidad personal sobre la salud.

“Algunos prefieren un sistema económico en el que la ambición individual sea restringida en nombre de la igualdad. Se trata de una posición filosófica válida. En cambio, otros consideran que una sociedad verdaderamente libre debe permitir que los individuos queden libres de alcanzar sus objetivos de libertad económica de las acciones del Estado. Esa tensión es una permanente característica del funcionamiento de las democracias.”²¹

Y quinto, el IC no plantea donde invertir recursos médicos escasos.

“Clamar contra la distribución del poder y el dinero puede no es de gran ayuda para quien que se enfrente a la toma de decisiones prácticas sobre cómo asignar recursos médicos escasos.”¹⁸

²¹ Stevens P. Bias in WHO Report on the social determinants of health. Lancet 2009;373:298.

3.2. La visión complaciente de la epidemiología social

La respuesta habitual al IC en los artículos realizados desde la visión habitual de la epidemiología social, y propuesto por investigadores asociados al campo de las desigualdades en salud ha sido en general positiva o muy positiva.

La visión “progresista” favorable entre diversos epidemiólogos sociales puede resumirse en los siguientes puntos.

En primer lugar, es una novedad que una agencia mundial como la OMS trate el tema de la desigualdad en salud. Por ejemplo, dos conocidos y prestigiosos epidemiólogos sociales apuntan:

*“Por fin se publica un informe oficial sobre la desigualdad en salud que tiene la honestidad y valentía de decir que ‘la injusticia social está matando gente a gran escala’. El informe de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud sintetiza la evidencia de una amplia gama de fuentes dispares al tiempo que reconoce que lo que constituye evidencia es en sí mismo algo controvertido y no libre de juicios de valor”.*²²

Otro artículo va más allá aún al señalar que:

*“El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud tiene las características para ser un documento histórico, al igual que hace tres décadas lo fue el informe en Alma Ata.”*²³

Segundo, el IC presenta gran cantidad de información, siendo por vez primera un informe “global” sobre el tema.

*“El informe presenta una gran cantidad de datos que demuestran el indiscutible vínculo existente entre las políticas económicas, sociales y el bienestar de las personas, dentro y entre los países (...) sus conclusiones se basan en su amplio alcance, a diferencia de muchos otros informes que se han centrado en un país o grupos de países de parecido nivel económico; la Comisión ha elaborado un cuadro global de la privación económica y social que hace imposible no reconocer la importancia de la redistribución económica, la atención de la salud, y las consecuencias materiales directas de la pobreza y la desigualdad social a lo largo del curso de la vida en la salud.”*²²

Por su parte, otro trabajo señala:

“Con la CDSS, los dos mundos de la ciencia y la política han chocado de forma excepcionalmente productiva. (...) Con la conclusión de la Comisión, vemos reunida bajo un único paraguas una cantidad masiva de evidencias epidemiológicas y sociales de la ciencia y al mismo tiempo una larga lista de recomendaciones relevantes para la acción en todo el mundo que nos informa sobre lo que podemos hacer para mejorar la equidad en salud todo el mundo. La Comisión tiene el potencial para ayudar a países de todo el mundo a encarar las desigualdades de salud relacionadas con las causas sociales y ambientales (...) El informe es notable en muchos aspectos, pero destacan tres características particularmente notables (...) Uno de los principales logros de este informe es integrar las ideas de los determinantes sociales en un contexto mundial mediante la comparación de ambos dentro y entre países (...) Un segundo aspecto notable, que impregna el informe y muchas de las recomendaciones se refiere a la equidad de género. Una vez más, vemos la forma en que las condiciones económicas interactúan con el género para producir profundas las desigualdades y la exclusión social. En tercer lugar, el

²² Davey Smith G, Krieger N. Tackling health inequities. BMJ, 2008;337(7669):529.

²³ Blakely T. Iconography and Commission on the Social Determinants of Health (and health inequity). JECH 2008;62(12):1018-1020

*informe merece elogios por que la amplitud y la falta de pensamiento 'dicotómico' donde las políticas, por ejemplo, deben basarse en reducir las desigualdades en cualquiera de las condiciones materiales o recursos psicológicos, sociales y de comportamiento."*²⁴

Tercero, el IC plantea el tema de la política y de las relaciones políticas sobre la salud, incluyendo en el proceso el papel de la sociedad civil. Una editorial de la revista *Lancet* apunta:

*"La sociedad civil debe seguir desempeñando un papel importante en que los gobiernos rindan cuentas sobre las desigualdades de la salud."*²⁵

Por su parte, otro artículo añade:

*"La Comisión pide acción "de abajo hacia arriba" y "de arriba abajo", tanto dentro como fuera del sector de la salud. Declarando que "la salud no es una mercancía", se atreve a afirmar que "ciertos bienes y servicios, tales como las necesidades humanas básicas y de la sociedad el acceso al agua potable, por ejemplo-y de atención médica" deben ser "universalmente disponibles con independencia de la capacidad de pago que se tenga."*²²

Cuarto, el IC menciona explícitamente y de forma reiterada el "empoderamiento" y la "participación" como factores políticos de gran importancia. Dos conocidos epidemiólogos sociales señalan explícitamente:

*"Al destacar los efectos nocivos de la inequidad de género, la discriminación y la exclusión social en salud (incluyendo la salud de las poblaciones indígenas), el informe reclama la necesidad de un enfoque democrático y participativo, como el 'pegamento' esencial para la integración de la actividad de múltiples agencias multisectoriales y asegurar que este trabajo sea efectivo. En verdad (...) la necesidad de incluir enfoques participativos de base comunitaria para la evaluación y seguimiento --a menudo visto como del dominio de los "expertos"-- es tan importante como la participación desde la base".*²²

Finalmente, el IC valora el hecho de que el crecimiento económico no es suficiente para generar equidad. Nuevamente una visión desde la epidemiología social señala:

*"El informe aporta pruebas de que el crecimiento orientado a la equidad puede producir que los beneficios para la salud del desarrollo, sin los efectos adversos del crecimiento que favorezca a los "intereses de un rico y poderosa minoría sobre los intereses de la mayoría desposeídos " (...) el trabajo sobre las inequidades de salud no está bloqueado por la falta de recursos, sino por la falta de voluntad política (...) el informe deja claro que el problema no es de dinero en sí mismo, sino más bien cómo 'El dinero es utilizado para la distribución justa de los bienes y servicios y la creación de instituciones dentro de los países de bajos ingresos'."*²²

3.3. La visión radical de la salud pública

Finalmente, para completar esta sumaria revisión de las principales valoraciones vertidas sobre el IC, presentamos una visión desde la salud pública, con un carácter mucho más crítico radical (etimológicamente quiere decir ir a la raíz de los temas), donde incluimos también nuestros propios puntos de vista. El análisis radical de salud pública, valora favorablemente un buen número de aspectos positivos en el IC en relación con el exhaustivo trabajo para reunir evidencias sobre los determinantes y las desigualdades, hacer visible las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud, la generación de recomendaciones que

²⁴ Berkman LF, Sivaramakrishnan K. WHO Commission on the social determinants of health: a bold new venture. *EJPH*, 2008;18(6):373:298.

²⁵ *Lancet*. Can health equity become a reality? *Lancet* 2008;372:1607

contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud o, por citar sólo algunas, su insistencia en realizar políticas que garanticen servicios esenciales con independencia de la capacidad de pago de las personas. Sin embargo, también enfatiza algunas importantes debilidades e insuficiencias. Detallemos aquí algunas de las limitaciones más relevantes.

En primer lugar, se apunta a que realmente el IC no es especialmente novedoso, ni aporta ideas muy originales. Un análisis latinoamericano, por ejemplo señala:

*“El debate sobre los determinantes sociales de la salud, recientemente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, no es un tema ni nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas”.*²⁶

Otro estudio canadiense, por ejemplo, ilustra el mismo punto con claridad.

*“El informe de la Comisión ha confirmado estudios previos sobre desigualdades de salud entre las naciones, así como los ‘gradientes’ de salud dentro de ellos. Ha confirmado que los pobres están en peor situación que los menos pobres, que los menos pobres están en peor situación que los de ingresos medianos, y así sucesivamente dentro de la jerarquía social. Ha confirmado que este gradiente de salud existe en todos los países, incluidos los más ricos. También ha confirmado que la equidad en salud no puede ser lograda mediante la acción del sistema sanitario solamente. Las enfermedades de origen hídrico no son causadas por la falta de antibióticos, sino por el agua sucia, así como por las fuerzas políticas, sociales y económicas que no logran proporcionar agua limpia para todos (...) la obesidad no está causada por el fracaso moral por parte de algunos individuos, sino por la excesiva disponibilidad de alimentos ricos en grasas y con alto contenido de azúcar. Ninguno de estos hallazgos es nuevo. Los estudios sobre la equidad en salud se remontan a la Revolución Industrial del siglo XIX que estimularon el desarrollo del movimiento a favor de la salud pública.”*²⁷

Una segunda limitación del IC es el hecho de no señalar, o al menos no plantear con la suficientemente profundidad, el tema relativo a la interrelación “compleja” entre determinantes, causas o factores. Las investigaciones de epidemiología y salud pública no suelen analizar datos de países pobres o de renta media, ni analizan las causas subyacentes de los procesos, ni evalúan la efectividad de las intervenciones y acciones políticas, y suelen tender a fragmentar de forma reduccionista la realidad.

*“La postura de reunir evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud, reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública, pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados.”*²⁸

Además, si bien el IC hace un notable esfuerzo por recopilar información multidisciplinar, de muchos temas, de muchas partes del mundo, y con enfoques diferentes: desde ensayos clínicos a estudios epidemiológicos observacionales, desde análisis cualitativos a estudios de caso, pasando por estudios de política social y sociología. Sin embargo, estos análisis, a pesar de poseer enfoques multidisciplinarios de gran utilidad, no poseen una visión transdisciplinar, no “cruzan” los enfoques, métodos y temas de distintas disciplinas. Como hace décadas señaló el economista Gunnar Myrdal:

²⁶ López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social. 2008;3(4):323-335.

²⁷ Rosenthal S. Engels and the WHO Report. *Dissident Voice* 2d September 2008.

²⁸ López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social. 2008;3(4):323-335.

*“En realidad no existen problemas económicos, sociológicos o psicológicos sino simplemente problemas, y como regla general se trata de problemas complejos... Deberemos aprender a dominar los complejos problemas que existen en la realidad utilizando cualquier medio a nuestro alcance. Sin embargo, eso no debe servir de excusa para tomar una actitud diletante: es nuestro deber desarrollar nuestras capacidades en el mayor grado posible para tratar de resolver los problemas científicos que queremos tratar”.*²⁹

El documental “La pesadilla de Darwin”,³⁰ donde se muestra la sobreexplotación de la perca del Nilo en el lago Victoria en Tanzania realizada por la industria europea y japonesa, ofrece un buen ejemplo de la enorme complejidad de procesos, a menudo ocultos, donde se interrelacionan las cadenas causales de los sistemas ecológicos, económicos, políticos, culturales y de salud: desde los cambios en la ecología del lago hasta la falta de trabajo de los pescadores; desde la exportación pesquera a los países ricos hasta la importación de armas para las guerras africanas locales; desde el desempleo, el analfabetismo y la pobreza hasta la prostitución y el VIH/SIDA; desde la gente sin hogar y el consumo de drogas hasta la violencia y la enfermedad; desde las malas condiciones de trabajo hasta la enfermedad y la muerte.³¹

Una tercera limitación del IC hace referencia al hecho de que no se realiza un análisis histórico y geográfico de los fenómenos y problemas tratados. Así, en gran medida los procesos explicados aparecen en forma “asocial” y “ahistórica”.

*“Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones en los hombres y de ellos con la naturaleza y, facilita su simplificación al ser entendidos como factores de riesgo (...) no se problematiza que la reducción de las desigualdades sociales y de las desigualdades en salud tiene los límites del capitalismo en general y de las formaciones capitalistas particulares (...) Están ausentes las reflexiones críticas y el análisis sobre la actual fase de desarrollo capitalista, sobre la globalización neoliberal.”*³²

Un trabajo de una historiadora estadounidense de la salud pública apunta en una dirección complementaria:

*“El IC queda debilitado al no reconocer los debates y las luchas históricas que han conformado el entendimiento de los determinantes sociales de la salud, y por lo tanto el IC subestima los significativos obstáculos en traducir sus recomendaciones a la realidad.”*³³

Cuarto, como reflejo de las anteriores insuficiencias, podemos observar como determinados temas de salud pública de gran importancia, o bien son insuficientemente tratados en el IC o bien se encuentran prácticamente olvidados. Tres de los ‘olvidos’ que nos parecen más relevantes hacen referencia a la crisis socio-ecológica, la guerra y el militarismo, y la clase social. En cambio, otras palabras sin la carga política de las anteriores como “cambio climático”, “conflictos”, “estratificación social” (o términos relacionados como “ingresos”, la

²⁹ Myrdal G. Objectivity in Social Research. The 1967 Wimmer Lecture. New York: Pantheon Books, 1969.

³⁰ Sauper H. Darwin’s nightmare. Paris: Mille et une productions, 2004.

³¹ Jansen EG, Benach J, Muntaner C. Ilustración de la complejidad de los vínculos entre empleo y salud: el caso del Lago Victoria. En Benach J, Muntaner C, con Solar O, Santana V, Quinlan M y la red EMCONET. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Barcelona: Icària, 2010.

³² López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social. 2008;3(4):323-335.

³³ Birn AE. Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *Social Medicine*. 2009;4(3):166-182.

“ocupación” o la “educación”), o “globalización”, sí aparecen profusamente citadas en el informe.

El medio ambiente y la ecología juegan un papel muy relevante en la salud pública en un campo de conocimiento y acción que hoy en día se conoce como la problemática socio-ecológica ya que gran parte de los problemas ambientales derivados de la crisis ecológica global tienen sus orígenes y sus consecuencias en causas sociales y políticas.³⁴ Es por esa razón que en salud pública hablamos de teorías eco-sociales de producción de la salud y la desigualdad donde se integran los determinantes de salud políticos, sociales y ecológicos.³⁵ La lista de problemas y daños relacionados con la crisis socio-ecológica global que padecemos parece inagotable: desde la pérdida de biodiversidad, pasando por la pérdida de recursos hídricos y recursos naturales, la erosión del suelo, la deforestación, la producción e impacto de contaminantes, sustancias radioactivas, y productos químicos peligrosos, o el propio el cambio climático. Si bien esos fenómenos se interrelacionan de una forma tan compleja que en muchos casos apenas sí los llegamos superficialmente a entender, sabemos que las personas pobres, de clase trabajadora o campesinos son quienes sufren las peores amenazas por falta de agua o alimentos, quienes viven cerca de las industrias y los productos contaminantes, de los vertederos, de zonas con tráfico intenso, y todo tipo de situaciones ambientales de riesgo.³⁶ Pues bien el IC de la CDSS solo hace referencia al cambio climático obviando un tema de tanta relevancia como la actual crisis socio-ecológica.

La guerra constituye un determinante de gran relevancia para la salud pública y la creación de desigualdades en salud. No sólo por los recursos que detrae de inversiones sociales acuciantes sino por el daño directo e indirecto que promueven. Unos pocos ejemplos bastarán para ilustrar esa importancia. En 2008, el gasto militar global fue de cerca de 1.500.000 millones de dólares, lo cual representa aproximadamente el 2,4 por ciento del PIB mundial, es decir, un promedio de 220 dólares anuales por persona. Quince países encabezados por EE.UU., China, el Reino Unido, Francia, Alemania y Japón son responsables de 81% del total del gasto.³⁷ La acción indirecta derivada de la preparación y mantenimiento de los ejércitos es igual o aún más devastadora que las propias consecuencias directas de las guerras. Durante el transcurso del siglo XX, 191 millones de personas murieron directa o indirectamente por las guerras, más de la mitad de los cuales correspondieron a la población civil. Si durante la I Guerra Mundial sólo 1 de cada 20 muertes fueron producidas entre civiles, y en la II Guerra Mundial ya fueron 2 de cada 3, a principios del siglo XXI entre el 80 y el 90 por ciento de las muertes ya son de origen civil.³⁸ El gasto en armamento militar desvía enormes

³⁴ Por ejemplo, ¿cómo evaluar el desastre y el daño producido en el 2005 por el huracán Katrina en el sur y centro de EE.UU. con quizás 2.000 muertes, la inundación del 85 por ciento de Nueva Orleans y un enorme daño material y humano que se sabía podía suceder pero no se hizo nada por prevenir? El deterioro de la infraestructura de Nueva Orleans era conocido y se había gestado a través de políticas gubernamentales de clase y racistas durante décadas. Un análisis de ese fenómeno ‘natural’ hace ver que en realidad es un problema socio-ecológico. Es ambiental ya que hablamos de un huracán; es un problema de salud pública porque se producen muchas enfermedades y muertes y un gran sufrimiento humano; es un problema de desigualdad en salud, ya que son los más pobres y vulnerables quienes se verán más afectados; y en definitiva es un problema socio-ecológico ya que la falta de prevención para evitar esos desastres tiene un origen antropogénico.

³⁵ Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001;30:668-677.

³⁶ Desde los 1.300 millones de personas que no disponen de agua potable a las cientos de miles de personas afectadas por el cambio climático, la mayoría de las cuales vive en países pobres. Desde el envenenamiento de indígenas norteamericanos a las intoxicaciones de peones agrícolas en México o Bangladesh. Mientras que el potente huracán *Andrew* apenas si produjo unas decenas de muertes en Bahamas y Florida en 1992, con la mayor parte de daños asegurados, en 1998 el *Mitch* produjo alrededor de 11.000 muertes, con millones de afectados y cuantiosos daños y sin ningún tipo de seguro en Honduras y Nicaragua.

³⁷ Sidel VW, Levy BS. Las consecuencias en salud de la desviación de recursos hacia la guerra y su preparación. *Medicina Social* 2009;4(3):154-157.

³⁸ Durante el transcurso del siglo XX, 191 millones de personas murieron directa o indirectamente por las guerras, más de la mitad de los cuales correspondieron a la población civil. Si durante la Primera Guerra Mundial sólo 1 de

recursos humanos y financieros, desde necesidades sociales hacia objetivos militares. Se estima que el coste del gasto militar mundial de 1 hora equivale al coste total de la exitosa iniciativa de dos décadas para erradicar la viruela de la faz de la tierra. Con el coste de medio día se podría pagar la inmunización completa de todos los niños del mundo contra las enfermedades infecciosas comunes; con el coste de 3 semanas se podría pagar la atención primaria de la salud para todos los niños en los países pobres del mundo, incluidos los suministros de agua potable y la inmunización completa; con el coste de 6 meses se podría pagar un programa de 10 años para prestar servicios de salud y cubrir las necesidades de alimentos en los países pobres.³⁹

El tercer concepto a mencionar es la falta de profundidad en relación con mecanismos sociales específicos de producción de desigualdad en salud que tienen que ver con temas como la explotación, la discriminación, o la coerción, entre otros, y que ya han sido objeto de investigaciones especializadas. Las dos variables principales que se utilizan para analizar la posición socioeconómica en los estudios sobre desigualdades sociales en salud son la estratificación social (clase, estatus, poder y la distribución desigual de los recursos) y la clase social (relaciones de producción). La estratificación social se refiere a la clasificación de los individuos a lo largo de un continuo de atributos económicos o culturales, como los ingresos o los años de educación. Esta clasificación se conoce como "simples medidas de gradación". Por su parte, la clase social se define por las relaciones de propiedad o control sobre los recursos productivos (físicos, financieros, de organización).⁴⁰ La clase, como tal, no es una propiedad a priori de los seres humanos, sino que es una relación social creada por las sociedades. Un componente central de las relaciones de clase es la explotación económica, mediante la cual los propietarios de los recursos (por ejemplo, el capital) obtienen ganancias económicas del trabajo o esfuerzo de los no propietarios que trabajan para ellos.⁴¹ A pesar de su utilidad en la predicción de los resultados de salud, las medidas de estratificación social no ponen de manifiesto los mecanismos sociales que explican cómo los individuos llegan a diferentes niveles de desarrollo económico, político, y los recursos culturales, en parte quizás porque, por lo general, han sido seleccionadas por consideraciones pragmáticas, como la disponibilidad de los datos más que por razones teóricas. En cambio, la clase social constituye un mecanismo explícito relacional (propiedad, gestión) que explica cómo las desigualdades económicas se generan y cómo éstas pueden afectar a la salud.⁴² Finalmente, es importante destacar que la estratificación social y la clase social no son empíricamente equivalentes ya que cada una de ellas captura partes distintas de la variación social en la salud poblacional.

Finalmente, y relacionado en gran parte con puntos anteriores, hallamos el hecho de que el IC no analiza con la suficiente profundidad los procesos políticos ni de participación social. Veamos dos opiniones al respecto:

cada 20 muertes fueron producidas entre civiles, y en la Segunda Guerra Mundial ya fueron 2 de cada 3, a principios del siglo XXI entre el 80 y el 90% de las muertes son ya de origen civil. Ver: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002; Holdstock D. Morbidity and Mortality among Soldiers and Civilians. En: Taipale I. War or Health. London: Zed Books, 2002; Hobsbawm E. Guerra y Paz en el siglo XXI. Barcelona: Crítica, 2007:4.

³⁹ Sidel VW, Onel E, Geiger HF, Leaning J, Foege WH. Public health responses to natural and human-made disasters. In: Last J, Wallace R (eds). Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine. 13th edition. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1992:1173-85.

⁴⁰ Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarin MI, Fernandez E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. Int J Epidemiol. 2003;32:950-8.

⁴¹ Krieger N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health. 2001;55:693-700.

⁴² Saber que una persona gana 1 millón de dólares al año no explica cómo obtuvo su ingreso anual. Ver: Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? Soc Sci Med. 2004;58:1869-87.

*“La sección titulada ‘construyendo sobre fundamentos sólidos’ presenta un conjunto de principios y objetivos descontextualizados y despolitizados, basados en el modelo nórdico (...) sin embargo, no hay ninguna mención de las luchas políticas ni de cómo esos principios y se pusieron en práctica (...) El término ‘voluntad política’, aunque suena razonable, no está definido, es superficial, y finalmente es inútil...”*⁴³

*“La frase del IC ‘Las desigualdades sociales matan’ ha indignado a los conservadores y las fuerzas liberales, que encuentran la narrativa y el discurso del informe demasiado fuerte para sus estómagos. Y, sin embargo, es aquí donde el informe se queda corto. No son las desigualdades las que matan, sino que matan quienes se benefician de las desigualdades. La omisión del IC de la categoría de poder (poder clase, así como el de género, la raza y poder nacional), y como ese poder se produce y se reproduce en el seno de las instituciones políticas es la mayor debilidad del IC. Reproduce una práctica muy extendida en los organismos internacionales que es hablar de políticas sin tocar la política. Se hace hincapié, en términos generales, en la necesidad de redistribuir los recursos, pero se hace un silencio sobre el tema de qué recursos, cómo, y a través de qué instrumentos. Eso es profundamente apolítico, y ahí radica la debilidad del IC”*⁴⁴

Tener en cuenta los factores políticos es crucial para explicar los DSS. Tan importante, que nosotros hemos ido más allá de lo que señala la propia Comisión de la OMS al citar ‘las causas de las causas’ para enfatizar en alguna de las reuniones realizadas la necesidad de hablar de ‘las causas de las causas de las causas’,⁴⁵ en parte, para ironizar sobre el talante cauteloso de la Comisión cuando se trata de abordar factores políticos directamente y, en parte, para enfatizar la desigual distribución en el poder económico y social que condiciona las políticas sociales y económicas, lo cual a su vez influye en la salud de las personas. Al ampliar esa expresión lo que queremos indicar es la desigual distribución en el poder político y económico, donde los países ricos, las grandes empresas, las clases sociales capitalistas financieras e industriales, gerenciales y profesionales, los hombres, los grupos étnicos blancos, etc., poseen un poder enorme que condiciona la generación de determinantes sociales, que a su vez influirán en los servicios de salud, las conductas y la biología de las personas y, finalmente en la mayor o menor probabilidad de enfermar y morir según cual sea la clase social, el género, la etnia, el estatus migratorio, la edad, el territorio o, incluso, la identidad personal, cultural o nacional.

En los trabajos, discusiones e informes preliminares, las relaciones de poder estaban claramente ausentes de los trabajos de la CDSS. En cambio, en su IC se cita con algo más de profusión algunos aspectos políticos y relacionados con el poder. Tenemos la convicción de que ha sido gracias al trabajo, puntos de vista, e insistencia de grupos, movimientos sociales, miembros de la sociedad civil politizados, y algunas redes de conocimiento (RC), entre las que incluimos nuestra propia red sobre Condiciones de Empleo (EMCONET), que se ha podido influir “politizando” en alguna medida a la CDSS en sus enfoques y conclusiones. Así, como se dijo anteriormente, se logró introducir elementos de igualitarismo económico y político y también sobre el papel del estado en la redistribución de la riqueza y en poder garantizar los derechos humanos. No obstante, tal y como finalmente ha sido apuntado, el IC a veces confunde más que aclara. Por ejemplo, gobierno, ideología y partidos políticos se convierten en una especie de “gestión política o comunitaria”; el poder político se convierte de forma ambigua en “empoderamiento”; la solidaridad de clase se convierte en “capital social”, etc.

⁴³ Birn AE. Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *Social Medicine*. 2009;4(3):166-182.

⁴⁴ Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion* 2009;16;05, DOI: 10.1177/1757975908100746

⁴⁵ Benach J, Muntaner C. La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio-ecológica del capitalismo. Entrevista. *Ecología Política*. 2009;37:21-33.

4. Reflexiones finales

Conocer, reducir, y si es posible eliminar las desigualdades en salud debe constituir un objetivo clave de salud pública por al menos tres razones fundamentales: primero, para hacer visible una grave y persistente epidemia sanitaria y social de gran relevancia para la salud pública; segundo, porque las desigualdades en salud son diferencias injustas que se pueden evitar; y tercero, porque las desigualdades en salud constituyen un indicador crucial de justicia social. A pesar de sus limitaciones, el IC de la CDSS constituye un importante documento que coloca las desigualdades sociales en salud en el mapa político global y apunta a soluciones políticas que pueden ayudar a reducir esas desigualdades. Desde este punto de vista, su importancia quizás es comparable a los primeros documentos de la OMS sobre los efectos nocivos del tabaco o la conferencia de Alma Ata sobre salud primaria. No obstante, durante los próximos años, y teniendo una mayor perspectiva histórica, podrá realizarse una valoración más completa y profunda de su impacto global en la investigación, las políticas y la sociedad en general.

Desde un punto de vista estrictamente lógico, actuar con efectividad ante las desigualdades en salud implica recorrer un largo camino que se inicia en la definición e interrelación de conceptos y teorías, pasa por el plano de la investigación empírica, sigue con el planteamiento de recomendaciones, y continúa con la realización de acciones y soluciones propias de la práctica política. De forma esquemática, los principales pasos podrían resumirse así: (1) difundir el interés y la necesidad de conocer, estudiar y eliminar las desigualdades en salud, (2) dotar con mayores recursos humanos y económicos a los investigadores de esta materia; (3) analizar las desigualdades en salud a través de los indicadores y mecanismos sociales más adecuados, (4) plantear las recomendaciones y prioridades más pertinentes, (5) generar el contexto político que genere los recursos humanos y económicos y las fuerzas políticas adecuadas para realizar las intervenciones más urgentes y necesarias, y (6) poner en práctica y evaluar aquellas intervenciones que efectivamente reduzcan las desigualdades en salud, y especialmente allí donde es más necesario.

El IC de la CDSS debe valorarse fundamentalmente en relación con los cuatro primeros pasos. ¿Cuáles pueden haber sido hasta el momento sus logros? Aunque para responder con precisión a esa pregunta, deberíamos disponer de estudios empíricos adecuados, podemos por el momento ofrecer una primera y aún tentativa respuesta. Por lo que hace al primer paso (1), todo parece indicar que se ha alcanzado un cierto éxito, ya que parece estar aumentando el interés por el tema así como el número de investigadores y expertos en salud que reconocen la importancia de los determinantes sociales en la generación de la desigualdad en salud. En relación con el punto (2), podemos estimar que, aún con las reducciones presupuestarias de la investigación científica existentes bajo la actual crisis económica, no parece haberse reducido ni el interés ni los recursos, al menos en forma relativa, dirigidos al tema. Por lo que hace al punto (3), ya han sido comentado los importantes logros del IC, pero también algunas de sus limitaciones, donde brillan por su ausencia mecanismos explicativos generadores de la desigualdad como, por ejemplo, los modos de dominación neocoloniales, o los mecanismos de explotación, dominación o discriminación de los trabajadores. En relación con el punto (4), cabe decir que las recomendaciones del IC son bastante timoratas y débiles, quedándose en un ámbito demasiado genérico del tipo de hay que “mejorar las condiciones de vida”, “repartir recursos” o “hacer más estudios”.

En otro artículo hemos apuntado algunas de las prioridades relacionadas con la investigación y las recomendaciones que sería necesario desarrollar.⁴⁶ Destaquemos aquí tres de las más importantes: a) hacer análisis de “soluciones” y no sólo de “problemas”; b) mejorar

⁴⁶ Muntaner C, Sridharan S, Solar O, Benach J. Against unjust global distribution of power and money: The report of the WHO commission on the social determinants of health: Global inequality and the future of public health policy. *Journal of Public Health Policy* 2009;30(2):163–175.

los métodos para evaluar no sólo qué intervenciones pueden ser más efectivas y con mayor impacto, sino también por qué, cómo, y en qué contextos pueden reducirse más efectivamente las desigualdades; y c) coordinar e integrar diferentes estrategias y que sean sostenibles a largo plazo.

Por lo que hace a los pasos 5 y 6, aún es demasiado pronto para valorar el papel jugado por la CDSS. Sabemos que ni el conocimiento, ni las propuestas, comportan necesariamente la puesta en práctica de acciones reales ni de acciones que sean efectivas. Las conclusiones y recomendaciones de los informes no toman decisiones.

Si el IC de la CDSS ayudará o no a cambio político que sitúe el tema en un primer plano de los objetivos políticos de los gobiernos afectados es algo que está por ver, aunque no parece probable. Las recomendaciones del IC no plantean la imprescindible necesidad de hacer frente de forma radical a intereses muy poderosos, y por tanto cambiar drásticamente la estructura de poder, propiedad y riqueza actuales. En ese sentido, nos parece muy importante ampliar y profundizar los procesos de participación real, especialmente en el ámbito laboral, local y comunitario, que aumenten el poder de las fuerzas políticas que están más en favor de la equidad en salud. Finalmente, el IC no aborda tampoco con la suficiente contundencia y claridad, la necesidad de experimentar propuestas sociales y económicas alternativas al capitalismo, mediante la propuesta de otras formas de producir y de consumir bajo un sistema económico que sea más democrático y respetuoso con la población, el medio ambiente y la equidad. Como en cualquier otro campo, el impacto final que pueda tener dependerá de las distintas posturas ideológicas y, sobre todo, de las correlaciones de fuerzas políticas existentes.

Bibliografía general

- Amick III BC, Levine S, Tarlov AR, Chapman Walsh D, eds. *Society and Health*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- Bartley M, Blane D, Davey Smith G. *The sociology of health inequalities*. Oxford: Blackwell Publishers, 1998.
- Bartley M. *Health Inequality: an introduction to theories concepts and methods*. Cambridge: Polity press, 2004.
- Benach J, Muntaner C. *Aprender a mirar la salud. Como las desigualdades dañan nuestra salud*. Barcelona: Viejo Topo 2005.
- Benzeval M, Judge K, Whitehead M. *Tackling inequalities in health. An agenda for action*. Londres: King's Fund, 1995.
- Berkman L, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Borrell C, Benach J (coord). *Desigualtats socials en salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2003.
- Borrell C, Benach J (coord). *L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2005.
- Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and Social Organization*. London: Routledge, 1996.
- Doyal L. *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press, 1981.
- Droomers M. *Socioeconomic differences in health related behaviour*. Thesis Rotterdam University, 2002.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuia A, Wirth M. Eds. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford University Press, New York 2001.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *¿Por qué alguna gente esta sana y otra no?. Los determinantes de la salud de la poblaciones*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos 1996 [ed. or. 1994].
- Hofrichter R (ed). *Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease*. New York: Jossey Bass, 2003.
- Jones K, Moon G. *Health, disease and society*. London: Routledge & Kegan Paul, 1987.
- Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson RG, eds. *Income Inequality and Health: A Reader*. New York: The New Press, 1999.
- Kawachi I, Kennedy BP. *The Health of Nations: Why Inequality Is Harmful to Your Health*. New York: The New Press, 2002
- Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, eds. *Social Inequalities and Cancer*. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC) Scientific Publications No. 138, 1997.
- Kunst AE, Mackenbach J. *Measuring Socioeconomic Inequalities in Health*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen: 1995
- Mackenbach JP, Bakker M (eds). *Reducing inequalities in health: A European perspective*. Routledge, 2002.
- Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ. *Health and human rights. A Reader*. New York: Routledge, 1999.
- Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Marmot M. *The Status syndrome. How social standing affects our health and longevity*. New York: An Owl Book, 2004.
- Martí O. *Introducció a la medicina social*. Barcelona: ICESB, 1995.
- Navarro V, Benach J, y la Comisión científica para el estudio de las desigualdades en salud en España. *Desigualdades en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996. [También en la Revista Española de Salud Pública 1996;70(5-6):503-645].
- Navarro V, ed. *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. Baltimore: Baywood, 2000.
- Shaw M, Dorling D, Gordon D, Davey Smith G. *The widening gap. Health inequalities and Policy in Britain*. Bristol: Policy Press, 1999.
- Susser M, Watson W, Hopper K. *Sociology in Medicine* (3 ed). New York: Oxford University Press, 1985.
- Wilkinson M, Marmot MG. *Social determinants of health. The Solid facts*. Copenhagen: Centre for Urban Health. World Health Organization, 1998. Disponible a la pàgina web: <http://www.who.dk/document/e59555.pdf>
- Whitehead M. *Bridging the gap. Working towards equity in health and health care*. Sundbyberg: Karolinska Institutet, 1997.
- Wilkinson RG. *Las desigualdades perjudican. Jerarquías, salud y evolución humana*. Barcelona: Crítica, 2001 [ed. orig. 2000].

Wilkinson RG. Unhealthy societies. The Afflictions of inequality. London: Routledge, 1996.

Wilkinson RG. The impact of inequality. How to make societies healthier. London: The New Press, 2005.