

LA SALUD PÚBLICA Y LA EQUIDAD EN SALUD EN EUROPA

DOCUMENTO BASE DE LA 'DECLARACIÓN DE BARCELONA'

JORNADA SOBRE SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES EN EUROPA

Barcelona, febrero 2010

GREDS
EMCONET


dempeus per la salut pública

LA SALUD PÚBLICA Y LA EQUIDAD EN SALUD EN EUROPA

DOCUMENTO BASE DE LA 'DECLARACIÓN DE BARCELONA'^{1 2}

1. INTRODUCCIÓN

1.1. "Salud para todos": un sueño no cumplido

En la Conferencia del Alma Ata de 1978, la OMS, la UNICEF y 134 países proclamaron el objetivo de conseguir "Salud para todos en el año 2000" escogiendo la atención primaria como la mejor opción para lograr ese objetivo. Desgraciadamente, ese ideal no sólo no se ha hecho realidad sino que incluso, en determinados casos, la situación de salud ha empeorado. En al menos 30 países del mundo la esperanza de vida ha disminuido en las últimas dos décadas, incluidos países del este de Europa como Rusia y Ucrania o determinadas zonas de África. De hecho, la esperanza de vida de algunos países africanos es en la actualidad similar a la de Europa en la Edad Media (30 años). A inicios del siglo XXI, aproximadamente 2.000 millones de personas, o una tercera parte de la humanidad, aún malvive enferma, pobre, o subalimentada, y la mayoría de personas que habitan el planeta no posee el mínimo bienestar material y social que les permita un desarrollo adecuado de su salud con el que disfrutar y compartir una vida personal y social activa y gozosa (Benach y Muntaner, 2005). En muchos países la salud empeora, en otros mejora para una parte de la población y, en general, las inequidades en salud entre grupos sociales están aumentando (CSDH, 2008).

En Europa y otras regiones desarrolladas del mundo la situación es indudablemente mejor que en los países más pobres, pero ello no obsta para que persistan problemas de salud pública preocupantes y que las desigualdades en salud sigan en aumento (Mackenbach et al., 2008). Aún peor, la actual crisis económica, ecológica y social, una verdadera "crisis de civilización", está generando una crisis global de salud en la que están emergiendo nuevos problemas y enfermedades de tipo infeccioso, ambiental, laboral y social, así como crecientes desigualdades entre y dentro de los países. Países europeos como España sufren tasas de desempleo real cercanas a una quinta parte de la población (18,83% en el último trimestre de 2009) (EPA, 2010). En otras zonas del planeta como los Estados Unidos, se estima que existen 50 millones de pobres y sin asistencia sanitaria en el año 2008 (US Census Bureau, 2009). Los datos disponibles muestran como violencia contra las mujeres ha aumentado dramáticamente mientras se estima que la mitad de los niños son pobres en algún momento de su infancia.

¹ El Documento base de la "Declaración de Barcelona" ha sido realizado por Joan Benach, Vanessa Puig, Lluís Camprubí, Montse Vergara y María Menéndez (*Grup Recerca Desigualtats Salut (GREDS) / Employment Conditions Network (EMCONET)* de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona) y *Dempeus per la Salut Pública*), y Carles Muntaner (*GREDS/EMCONET* y *University of Toronto*).

² La Jornada en la que se presentó la "Declaración de Barcelona" (Barcelona-Salud o ¡BCN. Salud!) tuvo lugar el 27 de febrero de 2010 en el Hotel NH Podium de Barcelona. La organización contó con la participación institucional del *Partido de la Izquierda Europea, Esquerra Unida i Alternativa*, la *Fundació l'Alternativa*, y la colaboración de la organización cívica *Dempeus per la Salut Pública*.

Respecto a la atención médica, el fracaso en poner en marcha los servicios más necesarios de atención primaria y cuidados sociales, de forma universal y con el nivel de calidad suficiente, está también empeorando la crisis global de salud. Gobiernos, organismos internacionales y grandes empresas juegan un papel crucial en la producción eco-social de la salud y la enfermedad y en las tendencias mercantilistas y privatizadoras predominantes en los modelos de atención a la salud. Por tanto, ellos son los principales responsables de la situación actual. Sólo redirigiendo drásticamente el actual modelo biomédico y tecnológico de la salud, sólo poniendo en marcha acciones políticas que ayuden a poner de nuevo en liza el objetivo de “salud para todos” como una prioridad esencial, sólo cambiando drásticamente las actuales desigualdades en la distribución de los principales determinantes sociales que conforman la salud colectiva, y sólo desafiando los intereses de las clases más poderosas favorecedoras de sus intereses por encima del interés público, será posible acercarnos al objetivo de obtener un adecuado nivel de salud y calidad de vida para todos.

1.2. Europa ante una crisis global de salud pública y equidad

En las últimas décadas, en buena parte del continente europeo hemos asistido a una importante mejora en algunos indicadores de salud bien conocidos como son, por ejemplo, la esperanza de vida y la mortalidad infantil. La esperanza de vida en EU-15, por ejemplo, ha aumentado de 76,5 años en 1990 a 80,3 años de media en el año 2006 y la mortalidad infantil se ha reducido en toda la región europea de 15,4 niños por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 7,3 en 2006 (European Health Report, 2009). Es un progreso indudable, no cabe duda. No obstante, a pesar de esa mirada optimista, cuando no complaciente, sobre la situación actual de salud de los europeos, los problemas sociales, económicos, sanitarios persisten, y las desigualdades, en muchos casos, siguen aumentando. Por ejemplo, la diferencia en la esperanza de vida entre los barrios ricos y pobres de la ciudad de Glasgow (Escocia) ha alcanzado los 28 años (CSDH, 2008). Aunque la esperanza de vida refleja ganancias en la mortalidad infantil, la calidad de vida de los enfermos o la esperanza de vida libre de enfermedad no reflejan el mismo nivel de mejora histórica. Además, el uso de indicadores de salud promedio tiende a hacer invisible enfermedades nuevas, otras que parecían estar controladas, o que están emergiendo poderosamente, así como desigualdades entre clases sociales, géneros, etnias, territorios, y otros determinantes sociales de la desigualdad. De hecho, la “ideología biomédica dominante” y las “políticas neoliberales” hoy imperantes tienden a minimizar, a ocultar, o simplemente a no generar, otros indicadores sociales y sanitarios igualmente relevantes. Los cambios económicos y la actual crisis de carácter global están afectando profundamente a la salud de la población en Europa así como también el acceso a la atención sanitaria y otros servicios socio-sanitarios. En realidad, como veremos más adelante, las políticas sociales y económicas, y los determinantes sociales de la salud (incluyendo la falta adecuada de atención sanitaria) se hallan en la raíz de gran parte de los problemas de salud pública e inequidades en salud existentes (CSDH, 2008; Eurothine, 2007; Mackenbach, 2008).

2. LOS VALORES DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD

2.1. La salud, un recurso fundamental para la población

Numerosas encuestas muestran como en todos los países la población habitualmente valora muy positivamente el hecho de tener un buen nivel de salud. Por ejemplo, según la segunda encuesta europea sobre calidad de vida, la mayoría de la población (81%) señala que el estado de salud es un determinante clave para tener una buena calidad de vida (Eurofound, 2009). Pero, además, la salud no sólo es importante en sí misma sino que a su vez ayuda a conseguir otros recursos sociales fundamentales como son el obtener un buen nivel de educación o conseguir un buen empleo. Por todo ello, tener buena salud es, también, una vía de promoción de la libertad y la equidad de los individuos y los grupos sociales de una determinada sociedad (Sen, 1999).

2.2. La salud pública, mucho más que la atención sanitaria

La atención sanitaria y las intervenciones médicas son menos importantes para la salud pública de lo que se suele pensar. Hace casi ya medio siglo, el epidemiólogo canadiense John Last propuso utilizar la metáfora del “iceberg de la enfermedad” para mostrar como la salud pública no sólo se debe ocupar de la parte visible del iceberg, es decir, de todo lo que hace referencia a las enfermedades y problemas de salud, agudos y crónicos, y del proceso de morir de las personas, sino también de su parte sumergida, invisible, en la que también se debe tener en cuenta la enfermedad no registrada, la enfermedad silenciosa, la población vulnerable y la población expuesta a los factores de riesgo y los distintos determinantes de la salud (Last, 1963). Otros investigadores han mostrado como en relación con los problemas de salud de toda la comunidad, al menos tres cuartas partes de la población padece algún tipo de problema de salud, pero que solamente un mínimo porcentaje de ciudadanos recibe tratamiento médico, bien sea éste hospitalario o de atención primaria (White, 1961; Green et al., 2001; Benach y Muntaner, 2005). No obstante, a pesar de esa evidencia, sólo una mínima parte de la inversión en salud se destina a la salud pública (en los países de la OCDE, únicamente alrededor del 3% del gasto medio en salud se dedica a la prevención y promoción de la salud a través de los programas de salud pública, 1,3% en España, 3,8% en Finlandia Y 5,5% en Holanda) (OECD, 2005).

Por otro lado, numerosos estudios científicos también muestran como los factores más importantes relacionados con la salud pública, la salud colectiva, tienen que ver sobre todo con lo que se conoce como los “determinantes sociales de la salud”. Es decir, con factores como la seguridad y calidad del agua y alimentos, con la calidad de las condiciones de empleo y trabajo, con la situación de las condiciones medio ambientales, con la calidad de la vivienda, y con otros factores sociales de enorme importancia para determinar la salud y la equidad en salud de la población (CSDH, 2008). Que la atención sanitaria sólo explique una parte de la mejora de la salud y la reducción de la mortalidad no significa que estas intervenciones sean innecesarias o poco efectivas, o que su papel

en la calidad de vida de los enfermos sea irrelevante, sino tan sólo que su efecto general en la salud pública, es menor de lo que solemos pensar (Benach y Muntaner, 2005).

2.3. La salud, un derecho humano universal

Según la declaración de derechos humanos de las Naciones Unidas, cada individuo tiene derecho a tener “un nivel de vida adecuado para la salud y el propio bienestar del individuo y su familia, incluyendo la alimentación, la ropa, la vivienda, la asistencia sanitaria, los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en el caso de que falten los medios de subsistencia que queden fuera del control de las personas” (Naciones Unidas, 1948). Este compromiso fue renovado en 1978 con la declaración de Alma Ata. La salud debe ser considerada un derecho humano universal,³ básico, e indispensable, para el desarrollo personal y social de los pueblos y no tan solo una necesidad que debemos cubrir.

¿Por qué el enfoque de la salud como derecho humano? Porque el enfoque basado en las necesidades tiende a fijar unos determinados objetivos y resultados, pero éstos no implican que la obtención de los mismos sea obligatoria ni universal. Además, cuando se priorizan determinadas necesidades éstas se tienden a “tecnocratizar”, estableciéndose una base mínima que muchas veces está lejos de asegurar el derecho a la salud de la población. Por su parte, al usar un enfoque basado en los derechos sociales entendemos que éstos son indivisibles y que hay una obligación legal que debiera ser cumplida por los gobiernos y/o exigida por los ciudadanos. Por ejemplo, por el hecho de haber nacido uno debiera tener derecho a la vida y la salud, a agua limpia, a una vivienda digna, y a otros determinantes sociales cruciales para la salud de los pueblos (Segunda Asamblea Mundial de los Pueblos, 2005). El enfoque sobre los derechos vela no sólo por los resultados sino también por los procesos (“el cómo”) que deben llevar a los mismos. Y en esos procesos, la participación de la comunidad debe jugar un importante papel.

Aunque la salud debiera ser considerada un derecho social, en muchos países éste tiende a ser vulnerado, siendo con frecuencia reemplazado por la visión de la salud como una simple mercancía. Así, por ejemplo, instituciones como el Banco Mundial han convertido la eficiencia y la eficacia de la atención sanitaria en un “modelo sagrado”, según el cual se sostiene que sólo poniendo la salud en manos del mercado será posible obtener un nivel adecuado de atención sanitaria para la población.

³ Como ha manifestado el Movimiento para la Salud de los Pueblos (People’s Health Movement), “la salud es un asunto social, económico, y político pero, por encima de todo, un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia se consideran las raíces de la mala salud y de las muertes de los pobres y los marginados. La salud para todos significa que los intereses poderosos tienen que desafiarse, que la globalización tiene oponerse, y que las prioridades políticas y económicas tienen que cambiarse drásticamente (People’s Health Movement, <http://www.phmovement.org>).

2.4. La equidad en salud, un indicador fundamental de justicia social

Una de las mejores maneras de que disponemos para valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o que padece una determinada comunidad es observar no solo sus condiciones de salud sino también la situación de las desigualdades en salud, es decir, de aquellas diferencias en salud que cabe considerar como injustas y evitables (Whitehead y Dahlgren, 2006). Las desigualdades en salud son comunes en toda Europa y representan un reto fundamental en la salud pública de los países europeos. La reducción de estas desigualdades, a través de la mejora de los niveles de salud de las personas con niveles de educación más bajos o de los ingresos económicos más reducidos, comportaría una mejora substancial de la salud poblacional. Dado que las desigualdades en salud son el reflejo de unas determinadas relaciones de poder políticas que determinan una injusta distribución de bienes primarios (poder, oportunidades, ingresos, libertad) de una determinada sociedad, las desigualdades sociales en salud deberían constituir en cada país un indicador de justicia social fundamental (Benach y Muntaner, enviado).

3. PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD EN EUROPA

Para valorar el estado de la salud pública, la atención sanitaria y la equidad en salud en Europa es conveniente clarificar tres puntos preliminares. En primer lugar, no debemos adoptar un punto de vista eurocéntrico. Los indicadores de salud disponibles muestran como, en general, la salud de los europeos es mejor que la mayoría de ciudadanos del resto del mundo. En segundo lugar, la salud de los europeos puede mejorar notablemente. Así, subsisten un buen número de importantes problemas en la salud pública, la atención sanitaria y las desigualdades en salud que merecen nuestra atención. Y tercero, en bastantes casos, aún no disponemos de la información ni investigación suficiente como para obtener un “diagnóstico” adecuado y completo de los problemas y necesidades de salud que afectan a las mujeres y hombres de Europa. A continuación se plantean, a partir de diversos ejemplos, algunos de los problemas y necesidades de salud en el ámbito de la salud pública, la atención sanitaria y las desigualdades en salud (ver cuadros 1 a 3 respectivamente).

3.1. La salud pública

Cuadro 1. Algunos ejemplos de problemas y necesidades de salud pública en Europa.

- La esperanza de vida promedio en la región Europea es de 76 años. La esperanza de vida es mayor en las mujeres en comparación con los hombres en todos los países europeos, con la mayor diferencia entre sexos en Lituania (11,7 años) y la menor en Islandia (3,4 años) (Thümmeler, Britton y Kirch, 2009).
- La mortalidad debida a causas cardiovasculares representa aproximadamente la mitad de la mortalidad existente en la región europea. Sin embargo, esta causa es del 38% en la UE-15 y del 64% en las repúblicas del Asia central y Kazakhsan (European Health Report, 2009)
- Más de 121.000 personas mueren cada año en la UE-15 debido a un accidente de trabajo o una enfermedad causada por las condiciones de trabajo. El 20% de los trabajadores están expuestos a la inhalación de polvo o humos y casi el 50% trabaja por lo menos 1/4 parte del tiempo en posturas dolorosas o fatigantes. Alrededor del 27% de los trabajadores (de la UE-15) consideran que su salud y su seguridad está en riesgo debido a su trabajo (Parent-Thirion, 2007).
- Se estima que los cánceres de origen laboral son el 4% de todos los cánceres (8% en hombres y 1% en mujeres). Entre el 15 y el 20% de los trabajadores con cáncer broncopulmonar, han estado expuestos a cancerígenos por vía respiratoria (Brugère y Naud, 2003).
- El cáncer de mama es la forma más frecuente de cáncer y la causa principal de muerte relacionada con el cáncer en las mujeres en la UE (Thümmeler, Britton y Kirch, 2009).
- Más del 27% de los adultos europeos han experimentado al menos una forma de enfermedad mental durante un determinado año. En la UE, las formas más comunes de enfermedad mental son los trastornos de ansiedad y depresión (se espera que hacia el 2020 la depresión sea la causa más importante de enfermedad en los países ricos). Unos 58.000 ciudadanos de la UE mueren por suicidio cada año. Esta cifra es mayor que las muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios, o HIV/AIDS (Green Paper, 2005).
- La violencia sexual y doméstica es el resultado de una compleja combinación individual, relacional, social, cultural y de factores ambientales, y puede tomar una forma física, sexual o emocional. Una de cada 4 mujeres manifiesta haber sido acosada sexualmente durante su vida y entre el 6 y el 10% padece anualmente algún episodio de violencia doméstica. En Lituania, por ejemplo, un 26,5% de las chicas mayores de 16 años manifestaron haber padecido abusos sexuales por parte de un extraño (Thümmeler, Britton y Kirch, 2009).

3.2. La atención sanitaria

Cuadro 2. Algunos ejemplos de problemas en la atención sanitaria en Europa.

- La mejora en el acceso efectivo y rápido a la atención sanitaria, combinado con otros factores, ha reducido la mortalidad en muchos países europeos durante las décadas de los años 1980 y 1990 (Nolte y McKee, 2004). En el grupo de personas menores de 75 años la reducción en la mortalidad evitable (mortalidad por causas que se pueden prevenir o tratar) llegó hasta el 23% de la mortalidad total en los hombres y al 32% en las mujeres en aquellos países con mayores niveles de mortalidad evitable, incluyendo Finlandia, Irlanda, Portugal y el Reino Unido (Nolte y McKee, 2004). La disminución de la mortalidad evitable se logró básicamente reduciendo la mortalidad con origen en enfermedades tratables (mortalidad tratable) en términos de atención sanitaria en diversos grupos de edad. La mayor contribución en la reducción de la mortalidad se encuentra en la mortalidad infantil, pero también en adultos de mediana edad en países como Dinamarca, Francia, Países Bajos, Suecia y el Reino Unido.
- El indicador de mortalidad tratable desvela significativas desigualdades entre la Europa del Este y los países más antiguos que forman parte de la UE: la mortalidad tratable oscila entre el 13% en los Países Bajos hasta un 30% en Bulgaria para los hombres de 0 a 74 años, y entre el 26% en Suecia al 44% en Rumania para las mujeres del mismo grupo de edad (Newey, 2004).
- La cobertura universal de los costes de la atención sanitaria por parte del estado asegura el uso de los servicios de salud por parte de toda la población y evita altos costes monetarios personales con el consecuente empobrecimiento de muchas familias. Los denominados “gastos catastróficos en salud”, es decir el total de gastos en atención sanitaria que significa un alto porcentaje de los ingresos familiares (excluyendo los gastos básicos de subsistencia), es un problema para muchos ciudadanos europeos. Existe evidencia que demuestra que los países donde la protección social en salud es débil y los sistemas sanitarios se basan en gran parte en la financiación personal en vez de estatal, los “gastos catastróficos en salud” tienden a aumentar el porcentaje de población pobre entre un 3 y un 9%. Bulgaria, Chipre, Grecia y Letonia son algunos de los países europeos donde existe un alto riesgo de incurrir en “gastos catastróficos” para pagar la atención sanitaria. Las diferencias entre los países europeos en costes personales sanitarios se explica por el tamaño del sector público en la economía del país y la prioridad de los gobiernos a destinar estos recursos en salud (European Health Report, 2009).
- En la mayoría de países de la UE-15, el gasto público en salud representa entre el 72% y el 85% (2005) del total de gasto, siendo los porcentajes más elevados en los países escandinavos y el más bajo en Grecia (42,8%) (André, 2008). Desde los años 80, el peso del gasto público sobre el total del gasto en salud se ha reducido en casi todos los países (con la excepción de Portugal que partía de un gasto muy bajo), a la vez que se ha producido un incremento relativo de los seguros privados de salud en la financiación de los sistemas de salud (André, 2007). Los costes directos pagados por los pacientes representaron en el año 2005 un porcentaje mayor del 20% del total de la financiación sanitaria en Bélgica, Italia, España y Portugal y entre el 13% y el 20% en Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia e

Irlanda. Los seguros sanitarios privados son particularmente importantes en los Países Bajos (15,9% del total de la financiación sanitaria en el año 2000), seguido de Francia y Alemania (André, 2008).

- La mayor parte del gasto sanitario público y privado se destina a tres sectores: el hospitalario (entre el 31 y el 60% según el país, siendo el más alto en los países escandinavos, Francia e Italia y el más bajo en España y Portugal); el sector ambulatorio (entre el 20 y el 39%, siendo el más alto en Bélgica y España y el más bajo en los Países Bajos, Alemania y Francia) y el sector farmacéutico (entre el 8 y el 23 %, siendo el más elevado en Francia y los países de sur Europa, excepto en Grecia. El gasto público en cada uno de los sectores varía en porcentaje. En España, por ejemplo, los porcentajes más elevados de gasto público se encuentran en el sector hospitalario (86,9% del gasto total del sector en el año 2000) y en el sector farmacéutico (73,5% del gasto total del sector en el año 2000) (André, 2008).
- Los sistemas sanitarios logran mejores resultados de salud cuando se basan en una atención primaria que sea geográfica y financieramente accesible para toda la población (CSDH, 2008). También incluye la noción del acceso organizacional que significa por ejemplo el horario de visitas, la distancia hasta el consultorio, el tiempo de espera y la posibilidad de visitas a domicilio (Kelley, 2006). Los niveles de acceso organizacional a la atención primaria varían considerablemente entre países europeos: Finlandia y Suecia, por ejemplo, dedican más tiempo a sus pacientes que los Países Bajos o Reino Unido; pero el tiempo de espera es más elevado en los dos primeros países. La carga de trabajo del personal sanitario también varía ampliamente en los países. Una carga alta de trabajo muchas veces significa un déficit de personal (European Health Report, 2009).
- Los obstáculos de acceso al sistema sanitario de las personas en situación irregular son muy diversos. Pueden ser administrativos, por incapacidad para entender el funcionamiento del sistema sanitario, por miedo a ser denunciados y arrestados o por miedo a la discriminación o a que se les niegue la atención. Existe el acceso a la sanidad para quienes no tiene permiso de residencia en 11 países europeos estudiados, no obstante este acceso está condicionado a la cobertura personal de los gastos. En la práctica ello restringe la accesibilidad al servicio sanitario debido a sus escasos recursos económicos. En Bélgica, España, Francia, Países Bajos, Portugal e Italia existen leyes para la provisión de sistemas de cobertura total o parcial de los costes para los inmigrantes en situación irregular que no puedan pagarlo. Algunos países como Alemania, Grecia, Suecia y Suiza, limitan el acceso a la sanidad esencialmente a las urgencias y ofrecen pocas o ninguna posibilidad de atención sanitaria para patologías comunes o crónicas. En el Reino Unido el acceso a la medicina general depende de la voluntad del propio médico (Observatorio Europeo de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo, 2009).

3.3. Las desigualdades en salud

Cuadro 3. Algunos ejemplos de inequidades en la salud en Europa

- La esperanza de vida en la región Europea varía entre los más de 80 años en la UE-15 (82 en Suiza) y los 68 años de la Comunidad de estados independientes (CIS) (solo 66,4 años en Kazajistán). Un hombre de 50 años de edad de la UE-25 puede esperar vivir hasta los 67,3 años (2005) sin limitación de su actividad, y una mujer hasta los 68,1 años. En los hombres la desigualdad va desde los 9,1 años en Estonia hasta los 23,6 años en Dinamarca, mientras que en las mujeres, ésta es de 10,4 años en Estonia y 24,1 años en Dinamarca (European Health Report, 2009).
- En casi todos los países europeos, las tasas de mortalidad y mala salud percibida son sustancialmente más elevadas para los grupos sociales menos aventajados. La magnitud de las desigualdades en salud entre los grupos socioeconómicos mejor y peor ubicados varía en función de los países. Las diferencias en esperanza de vida al nacer entre los grupos socioeconómicos más y menos privilegiados (trabajadores manuales vs. profesionales, o personas con educación primaria vs. con educación mayor que la secundaria) difieren en alrededor de 4 a 6 años de edad en los hombres y entre 2 y 4 años en las mujeres (Mackenbach, 2006). Las desigualdades en mortalidad son menores en los países del sur de Europa y muy elevadas en la mayoría de las regiones Bálticas y del este. Estas diferencias entre países se pueden atribuir en parte a causas de muerte relacionadas con el tabaquismo y el alcoholismo o causas prevenibles por una intervención médica (Eurothine, 2007).
- La magnitud de las desigualdades en la salud percibida también varía sustancialmente en función de los países, pero con un patrón diferente. Se han observado variaciones en la magnitud de las desigualdades en salud percibida asociadas a la clase social en toda Europa. Estas desigualdades se pueden reducir mejorando las oportunidades en educación, la distribución de la renta, los comportamientos relacionados con la salud, o el acceso a la atención sanitaria (Mackenbach et al., 2008). Existen claras diferencias en desigualdades sociales (teniendo en cuenta educación) en mortalidad durante la transición post-comunista entre los países bálticos y los países del este centrales. En Hungría y Polonia todos los grupos sociales experimentaron mejoras en salud, contrariamente en Estonia y Letonia la transición socioeconómica tuvo un efecto mucho más negativo para aquellos con bajos niveles de educación (Leinsalu et al., 2007).
- Existen importantes desigualdades socioeconómicas y de género en la mortalidad por cáncer. Se han observado tres tipos de situaciones: 1) Dinamarca, Noruega y Suecia donde existen desigualdades entre grupos socioeconómicos y éstas son similares entre hombres y mujeres; 2) Francia, Suiza, Bélgica y Finlandia donde existen desigualdades socioeconómicas, pero éstas son mucho mayores entre los hombres que entre las mujeres; y 3) España, Eslovenia y una población italiana donde existen desigualdades socioeconómicas entre los hombres pero no diferencias significativas entre las mujeres (Menvielle et al., 2007). Las mayores desigualdades en la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres se encuentran en los países del este y los bálticos, en cambio para las mujeres se encuentran en los países nórdicos. En el sur de Europa las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón son más elevadas entre las mujeres con un mayor nivel educativo (Van der Heyden et al., 2007).

4. LAS CAUSAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA Y DE LA EQUIDAD EN SALUD

4.1. Las “causas cercanas” a los problemas de salud

En la actualidad es bien conocido que las causas de la producción de la salud y de la desigualdad en salud son múltiples. Las más conocidas son los factores genéticos y biológicos, la atención médica y sanitaria (incluyendo la hospitalaria y la atención primaria), los “estilos de vida” relacionados con la salud (como los hábitos alimentarios, el abuso de alcohol o la adicción al hábito de fumar), y un amplio conjunto de factores hoy día llamados “determinantes sociales” de la salud (que incluyen factores asociados con el empleo, la economía, el medio ambiente y un largo etcétera). Sin embargo, ni los especialistas en temas de salud ni la sociedad otorgan igual peso a cada una de esas causas. Para la “ideología biomédica dominante” las principales causas que producen los problemas de salud tienen que ver con “causas cercanas” a la enfermedad como las causas genéticas, las “elecciones personales” o con el acceso y la calidad de los servicios sanitarios. Sin embargo, todas esas causas no explican ni la situación de la salud pública ni las desigualdades en salud de una población (CSDH, 2008).

A pesar de los enormes avances realizados en los últimos años, el conocimiento sobre la genética y su impacto en las enfermedades es aún muy limitado. Hay muy pocas enfermedades “puramente” genéticas y éstas afectan a un porcentaje de población muy pequeño. En segundo lugar, los factores biológicos interactúan constantemente con el ambiente y una desventaja inicial genética puede o no ser compensada mediante un cambio social. Y tercero, porque la predisposición genética casi nunca produce efectos inevitables y muchas causas de enfermedad y muerte cambian su patrón social a lo largo de los años debido a causas de origen social e histórico (Benach y Muntaner, 2005). Como ya se ha indicado, tampoco la atención médica y sanitaria, aún y siendo importantes determinantes de la salud, refleja los problemas de salud pública y equidad que disfruta o padece una determinada sociedad (ver apartados 2.2 y 3.2). En cuanto a los mal llamados “estilos de vida” puede decirse que hoy en día alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir libremente comportamientos relacionados con la salud como llevar una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable, o tener un trabajo gratificante no nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede (Benach y Muntaner, 2005). Como ha señalado la directora general de la OMS, el reciente informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud permite cerrar el debate de forma concluyente: “La atención sanitaria es un importante determinante de la salud. Los estilos de vida son importantes determinantes de la salud. Pero, en primer lugar, son los factores del medio social quienes determinan el acceso a los servicios de salud e influyen en la elección de los estilos de vida” (Chan, 2008).

Los gobiernos de la gran mayoría de países suelen “inundar” a sus poblaciones con recomendaciones relativas a los “estilos de vida”. Algunos de los ejemplos que podemos

seleccionar entre las recomendaciones que se hacen en la mayoría de países son las siguientes:

“No fumes, y si no puedes, fuma menos; sigue una dieta equilibrada, come mucha fruta y verduras; mantente físicamente activo; si bebes alcohol, hazlo con moderación; protégete del sol; práctica sexo en forma segura...”

Hace una década, David Gordon, un epidemiólogo social crítico, redactó una lista de recomendaciones alternativas a las anteriores. Algunos ejemplos de su lista alternativa son los siguientes:

“No seas pobre, pero si lo eres, deja de serlo, y si no puedes, intenta no ser pobre demasiado tiempo; no vivas en una zona deprimida y pobre, pero si vives en ella, ves a vivir a otro lugar; no trabajes en un trabajo estresante, mal pagado, y con un trabajo de tipo manual; no vivas en una vivienda que sea de mala calidad, ni seas una persona “sin techo”...”

Con su lista, Gordon quiso reivindicar el contenido “culpabilizador de la víctima” que tienen las recomendaciones centradas en los “estilos de vida” así como la necesidad de enfatizar la importancia de los determinantes sociales de la salud (Gordon, 1999).

4.2. Las “causas de las causas”: los determinantes sociales de la salud y de la equidad

Aunque habitualmente la investigación biomédica se encarga de las “causas cercanas” de la salud ya señaladas, debemos también considerar las causas que determinan la producción de esas “causas cercanas”, a las que se ha denominado las “causas de las causas”. Estas causas constituyen un conjunto de factores sociales, económicos y políticos que anteceden a la generación de las “causas cercanas”, determinando la exposición a la generación de infecciones, una dieta inadecuada, o conductas poco saludables (CSDH, 2008). Múltiples estudios científicos muestran como, en comparación con las personas con más riqueza, educación y poder, las personas de las clases sociales más pobres y explotadas tienen los peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales, y de acceso a servicios de salud que, finalmente, se manifiestan en un peor estado de salud.

Entre los factores o “determinantes sociales” de las desigualdades en salud más importantes cabe destacar las condiciones de empleo como la precariedad laboral, las condiciones de trabajo, el no poseer una vivienda digna y bien acondicionada, el no disponer de agua limpia, la falta de protección y de servicios sociales, o el no tener los recursos económicos y educativos y las oportunidades necesarias para llevar una vida saludable, como tienen las personas en mejor situación económica, cultural o política. Por ejemplo, son las clases sociales más pobres las que tienen menos recursos y oportunidades de alimentarse adecuadamente, y las que fuman o beben en exceso con mayor frecuencia debido a su situación social y laboral y las que tienen servicios

sanitarios más incompletos y de menor calidad (CSDH, 2008). Múltiples investigaciones científicas 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”, debidas a una “libre elección” individual, ni tampoco se deben a los servicios sanitarios.

Así pues, la distribución desigual de los problemas de salud no es en ningún sentido un fenómeno natural ni el producto de las “causas cercanas” ya aludidas, sino el resultado de la combinación de políticas sociales y económicas existentes en un determinado país. Más en concreto, es la combinación “tóxica” de esos determinantes sociales, como señala la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, la que daña la salud de las clases sociales más pobres, con menos recursos y en peor situación social, la que daña su biología, la que genera más enfermedad y factores de riesgo, y la que aumenta el riesgo de morir (CSDH, 2008). Los individuos y grupos sociales 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. Todo ello daña la biología humana, genera enfermedad y aumenta el riesgo de morir (Benach y Muntaner, 2005).

A título ilustrativo, se presentan varios ejemplos (cuadro 4) de algunos determinantes sociales de la salud y la equidad como son la desigualdad de ingresos, la pobreza, las condiciones de empleo por género, y las condiciones de trabajo en Europa.

Cuadro 4. Ejemplos de determinantes sociales de la salud y de la inequidad en salud.

- Desigualdad de ingresos. Letonia y Portugal destacan como los países con mayor desigualdad con un índice de Gini de 38-39%, Lituania es el tercer país en el ranking (35%). Un grupo de ocho países tiene índices de Gini superiores al 30%: Grecia, Polonia, Estonia y Hungría (entre 33-34%), seguidos por el Reino Unido, Irlanda, Italia y España (alrededor del 31-32%). En resumen, entre los países con alta desigualdad nos encontramos con países bálticos, países en transición de la Europa Central y Oriental (Polonia y Hungría), los países del sur de Europa (con la excepción de Chipre) y los países anglosajones. En el otro extremo, los países con menor desigualdad son Suecia, Dinamarca y Eslovenia (con índices de Gini inferiores al 25%) (Ward et al. 2009).
- Pobreza (número relativo de personas en cada país con la renta disponible inferior al 60% de la media nacional). En los países de la UE, la tasa de pobreza relativa varía entre 10 y 23%. La proporción más baja de población con ingresos inferiores al umbral de pobreza se encuentra en la República Checa y los Países Bajos y la más elevada en Letonia. La proporción también es relativamente baja en los países nórdicos, Alemania, Austria, y varios de los ex países socialistas, en particular, Eslovaquia y Eslovenia. Mientras que es relativamente alta en Grecia, España, Italia y Portugal, así como en los tres estados bálticos (Ward et al. 2009).

- Desigualdad de género en las condiciones de empleo. En Europa las mujeres tienen un mayor nivel de educación que los hombres pero tienden a recibir salarios inferiores. En el año 2006, por ejemplo, en la UE-27 las mujeres ganaron en media un 15% menos por hora trabajada que los hombres. Las mujeres también destinan más tiempo al trabajo no remunerado que los hombres (la media de tiempo por tareas domésticas no remuneradas en las mujeres es de 278 minutos por día, mientras que los hombres destinan menos de la mitad de ese tiempo). La tasa de desempleo de las mujeres es más alta que en los hombres en la EU-27 (7,8%, datos 2008) particularmente en el caso de España (10,9%) y Eslovaquia (12,7%). El paro de larga duración también es más común entre mujeres en la mayoría de los estados miembros (3,3% de la fuerza laboral femenina en comparación al 2,2% de la masculina) (Thümmeler, Britton, & Kirch, 2009).
- Condiciones de trabajo. En la EU-15, el 23% de trabajadores/as (32 millones) están expuestas a cancerígenos (desde un 17% en Holanda, a un 27% en Grecia). En Francia, según el estudio Sumer, un 13,5% de los trabajadores (más de 2,3 millones de personas), están expuestos a uno o varios productos cancerígenos durante su jornada laboral con gran variabilidad según su clase social (30% en obreros cualificados, 22,5% en obreros no cualificados, 11% en profesiones intermedias y solo 3% en directivos) (Mengeot et al, 2007).

4.3. Las “causas de las causas de las causas”: la política

Si bien conocer la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud es fundamental para entender la producción eco-social de la salud pública y la inequidad en salud, cabe también preguntarse por el desigual origen y distribución social de esos determinantes sociales que finalmente producirán desigualdades sociales en la salud y en la calidad de vida (Muntaner y Lynch, 1999).

Las causas de los determinantes sociales se producen por las distintas elecciones y prioridades políticas de los gobiernos, las empresas, los sindicatos y las diversas fuerzas sociales que tienen algún tipo de poder político. Así pues, la desigual distribución en el poder económico y social existentes, entre y dentro de los países, es la que condiciona las políticas sociales elegidas, que a su vez influirá en la salud de las personas (Muntaner y Lynch 1999; Navarro y Shi, 2001). Todo ello, como ya se ha comentado, se “expresará” en forma de mala salud en aquellos grupos sociales más oprimidos o explotados por razón de su clase social, género, etnia, estatus migratorio, edad o ámbito geográfico de origen. Son por tanto esas fuerzas y prioridades políticas las que pueden denominarse las “causas de las causas de las causas”. Hoy en día, hay evidencias que muestran como los países que han tenido tradiciones políticas con mayor capacidad de negociación colectiva y redistribución social (Benach y Muntaner et al., en prensa 2010), son también aquéllas que tienen más éxito en la mejora de indicadores de salud como, por ejemplo, la mortalidad infantil. Estos países también tienen una mayor cobertura sanitaria, dedican un mayor gasto en salud y tienen menores niveles de pobreza (Navarro y Shi, 2001).

5. IDEOLOGIA Y PODER: OBSTÁCULOS PARA MEJORAR LA SALUD PÚBLICA Y LA EQUIDAD EN SALUD

5.1. La ‘globalización’ y el neoliberalismo

La llamada “globalización”, entendida como las interacciones sociales que conducen a un mundo único desde el punto de vista ecológico, social, económico y político, ha sido gobernada en las tres últimas décadas por una ideología dominante: el neoliberalismo. La “globalización neoliberal” no es un fenómeno “natural” o “técnico” sino tan solo la última fase en la evolución del sistema capitalista. Las razones históricas de esa emergencia se relacionan con la respuesta a la crisis dual que sufrió la clase dominante a mediados de los años 70. Por un lado, los capitalistas se hallaron en una “crisis de acumulación”: el sistema capitalista se hallaba en fase de estancamiento y los beneficios habían caído a tasas parecidas a las del período inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial. Por otro lado, la tremenda oleada de luchas obreras de los años 60 y 70 puso en evidencia que el poder político de la elite gobernante estaba seriamente amenazado (Harvey, 2005).

El neoliberalismo es una doctrina que asume que los mercados son los mejores y más eficientes distribuidores y productores de los recursos, que las sociedades están compuestas por individuos autónomos y libres motivados básicamente por sus intereses materiales o económicos y que la competencia es el motor de la innovación en el mercado. La ideología neoliberal se plantea a través de varias estrategias de la política económica que conducen, sobre todo, a “reliberalizar” los mercados financieros y los flujos internacionales de capital⁴, “oligopolizar” los mercados, concentrar el poder económico privado, “reabsolutizar” la empresa capitalista, aumentar el control privado del estado, reducir la participación ciudadana y aumentar la pasividad ciudadana (Domènech, 2005). Pero contrariamente a la retórica muchas veces utilizada, el Estado se convierte en un instrumento esencial para la supervivencia de este modelo, como la crisis actual ha vuelto a mostrarnos en relación con las amplias ayudas para rescatar el mundo financiero. No debemos olvidar como, en su mayor parte, en las sociedades capitalistas el Estado responde a los intereses de las clases y grupos dominantes (Etxezarreta, 2009).

Las fuerzas políticas y económicas de la derecha neoliberal (incluso con frecuencia un amplio sector de la izquierda política) no se preocupan por las desigualdades sociales, sino que las ven como un fenómeno inevitable, cuando no necesario, y consideran que los “estados de bienestar” interfieren en el funcionamiento normal de las economías. El crecimiento del neoliberalismo y las desigualdades sociales se vinculan así con la reducción de la protección y de las prestaciones sociales, como por ejemplo, el seguro

⁴ Puede consultarse el estudio de Naomi Klein en “La doctrina del choque” (Klein, 2007), para ver como el capital financiero y las fuerzas neoliberales utilizan “las crisis”, generadas en gran parte por ellos mismos, para destruir el estado del bienestar y los servicios públicos.

ante el desempleo. Se disminuyen los gastos del estado en bienestar para la vivienda, el desempleo, la educación y la salud. Se cambian las prestaciones universales por prestaciones de beneficencia y se reduce el poder sindical. El neoliberalismo está absolutamente vinculado al individualismo y a la disminución de la solidaridad y de la participación social.

Las políticas neoliberales provocan que los recursos se concentren en las manos de los países, las instituciones y los grupos sociales más poderosos. Así, las políticas económicas y sociales neoliberales son en gran medida dictadas por un pequeño grupo de gobiernos de los países ricos, unas pocas empresas transnacionales muy poderosas, las clases sociales privilegiadas y por instituciones internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio o la Comisión Europea, directamente relacionadas con los poderes citados. Estas políticas tienen consecuencias negativas para la vida, la salud y la calidad de vida de las poblaciones del mundo y también del continente europeo. La evidencia disponible muestra por ejemplo, como los países con mayor nivel de privatización tienden a tener peores indicadores de salud (Martín García, 2009).

Un caso concreto a analizar es la historia de las relaciones de empleo, que son el fruto del desigual poder y continuo conflicto entre el capital y el trabajo, hoy en día ejemplificado por la lucha existente entre las poderosas corporaciones de los países ricos frente a los campesinos pobres de los países pobres. Como ha señalado Vandana Shiva: “Miles de millones de personas trabajan poseyendo únicamente su fuerza de trabajo, y trabajan (o no lo hacen) con el permiso de quienes poseen las condiciones materiales del trabajo. Hoy en día, en un sistema económico capitalista cada vez más globalizado, un pequeño número de transnacionales, organizaciones internacionales, y gobiernos coaligados con las mismas, sobre todo en los países ricos, tienen el poder de tomar decisiones que afectan a las vidas de millones de trabajadores que viven en el límite de la supervivencia. Ellos son quienes determinan qué clase de estándares laborales existen, qué tipo de normativas en salud laboral se imponen, y si los trabajadores pueden o no tener la protección de los sindicatos” (Shiva, en prensa 2010).

5.2. El poder de la industria farmacéutica y las tecnologías sanitarias en los sistemas sanitarios y la configuración de las políticas de salud

Si queremos entender las políticas, los gastos y las prioridades que desarrollan los sistemas sanitarios europeos, así como la actual hegemonía de la concepción biomédica de la salud, es preciso conocer con algún detalle el grado de poder e influencia, económico y político, que posee la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias. El poder de la industria, su intensa capacidad de lobby, su coparticipación en la elaboración de regulaciones y normativas del sector y su acceso privilegiado a los profesionales sanitarios y a los “policy-makers” permite que se favorezca la “medicamentización” de la atención sanitaria y se incremente la factura farmacéutica (ver cuadro 5). Además, el sector privado determina hacia dónde debe evolucionar

estratégicamente el sector sanitario, cuáles son los nichos más rentables en los que focalizar la I+D, y también dónde centrar el “disease-mongering” (la creación/exageración de enfermedades y comercialización de fármacos *ad-hoc*), en lugar de responder a las necesidades que las autoridades públicas y la sociedad europea determinen. Un aspecto clave a tener en cuenta es el control absoluto que la industria farmacéutica ejerce sobre todas las fases de vida de sus productos (desde la I+D básica, al desarrollo, la fabricación, la comercialización y la farmacovigilancia/vigilancia de los productos sanitarios) en un proceso en el que las autoridades públicas ejercen un papel fiscalizador, regulador y vigilante, pero donde han renunciado a realizar un papel activo en la conducción del sector y en la determinación de las líneas estratégicas a seguir.

Cuadro 5. Algunos datos sobre el sector farmacéutico y la tecnología sanitaria en Europa.

- El mercado farmacéutico en Europa representó el 2% del PIB total en 2007, que equivale a un gasto medio anual por persona de 430 euros en medicamentos (European Commission, 2009). Del gasto total en sanidad en Europa, el gasto farmacéutico supone el 17%. El resto del gasto se destina a la atención hospitalaria (35,4%) y ambulatoria (47,6%) (OECD, 2008).
- El sector de productos y tecnologías médico-sanitarias incorpora más de 10.000 productos e incluye desde una gasa estéril hasta el equipo de diagnóstico por imagen más moderno. El tamaño del mercado europeo de este sector fue en 2007 de 72 mil millones de euros con un crecimiento anual superior al 6%. El gasto en tecnologías médicas representa el 6,8% del gasto total en sanidad en Europa (2.073 euros por persona), lo que significa 128 euros por persona y año. Esta cifra es equivalente al 0,55% del PIB europeo (véase el sitio web European Commission, Enterprise and Industry: Medical Devices)).
- Las diez compañías farmacéuticas europeas más importantes (42% de la facturación farmacéutica) son Sanofi-Aventis, Glaxo-Smith-Kline, Pfizer, Hoffmann-Laroche, Astra-Zeneca, Novartis, Wyeth, Johnson&Johnson, Eli Lilly y Abbott. Éstas sumaron en 2007 una facturación de 58.000 millones de euros (European Commission, 2009).
- La presencia e implantación de los medicamentos genéricos varía enormemente entre países: algunos países tienen menos del 20% (Francia, España, Italia), otros entre el 20 y el 40% (Alemania, Suecia, Reino Unido, Holanda), y hay países con más del 40% (Eslovaquia y Polonia) (EFPIA, 2009 y European Commission, 2009). En 2007, las compañías farmacéuticas se gastaron 15.700 millones de euros en marketing para los medicamentos por prescripción, una cantidad superior a lo gastado en I+D (13,3 mil millones) (European Commission, 2009).
- La Comisión Europea acusó en el año 2009 a las empresas farmacéuticas de utilizar diversos métodos para retrasar o incluso bloquear la comercialización de medicamentos genéricos con el objetivo de mantener un alto nivel de ingresos. Estas prácticas costaron a los sistemas sanitarios cerca de 3.000 millones de euros entre 2000 y 2007 o un 20% de gasto extra, según una muestra en 17 países (véase el sitio web Jano.es).

- El período efectivo de protección de las patentes, contado desde el primer lanzamiento hasta la aparición del primer genérico en el mercado, ha aumentado con el tiempo. Si en el año 2000 éste era 10,5 años, en 2007 creció hasta los 14 años de media (European Commission, 2009). Se espera que el gasto farmacéutico en Europa siga creciendo anualmente entre el 3 y el 6% en el periodo 2008-2013 (IMS, 2009).

5.3. La mercantilización y la privatización de la salud

El neoliberalismo y las fuerzas que apoyan esa ideología y sus políticas conforman un obstáculo para la salud como derecho colectivo por dos motivos esenciales: en primer lugar, por el aumento del individualismo o la disminución de la cohesión social y en segundo lugar, por el desmantelamiento del estado del bienestar, destruyendo cualquier tipo de política de redistribución de los recursos materiales, privatizando los servicios sanitarios y disminuyendo su acceso universal. Todo ello supone graves consecuencias en los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, la calidad del empleo, la vivienda, etc.) con el consiguiente aumento de las desigualdades en salud.

El neoliberalismo no acepta ni quiere prescindir de los posibles enormes beneficios que puede arrancar del sector público, empleando para ello una práctica de verdadera “competencia falseada”, al tiempo que destruye de forma brutal y rápida las conquistas y derechos de las luchas obreras y populares. Las políticas neoliberales son promovidas y estimuladas por empresas privadas, que juegan un papel determinante en las políticas de salud. Hoy la batalla por el control, la utilización y el “parasitismo” de los sistemas públicos de la salud, como en el caso de la enseñanza y de otros servicios públicos y de interés general, está en el centro de la lucha política (Etxezarreta, 2005).

El nacimiento y desarrollo de los sistemas sanitarios en Europa ha tenido un carácter eminentemente social, donde con frecuencia la salud no se ha visto como un bien de mercado, sino como un bien público. Así, durante buena parte del siglo XX, los estados europeos jugaron un importante papel al responsabilizarse de la planificación de la oferta, regular y formar a los profesionales, financiar la investigación, establecer y controlar los estándares médicos, extender la financiación del servicio sanitario y, sobre todo, ampliar la proporción de población con acceso al sistema sanitario, a través de sistemas de salud donde los costes sanitarios se pagan a través de impuestos y los servicios se prestan mediante un sistema nacional de salud universal, o con seguros de salud para los trabajadores (extendido a otras categorías).

Si bien hasta la década de 1980, el peso de los seguros privados de salud europeos fue muy pequeño (3,4% del total de la financiación en salud en la EU-12), durante las últimas décadas los servicios públicos de salud se han deteriorado progresivamente en Europa. Las principales razones aducidas para reestructurar los servicios sanitarios y aumentar el papel privado pueden resumirse en los puntos siguientes: la dificultad en cubrir el gasto en sanidad debido a las crisis económicas de los años 70; el progresivo aumento del coste de los equipos, las tecnologías y los medicamentos; el mayor poder

de los gobiernos conservadores que aplican políticas neoliberales y constriñen el gasto público social; y el mayor poder e influencia de las empresas sanitarias, farmacéuticas y tecnológicas, multinacionales, que ven la salud como un territorio seguro y provechoso donde invertir (André, 2008).

La privatización y la mercantilización de la salud amenazan no sólo con socavar el acceso a la asistencia de salud, sino que también comprometen el principio esencial de equidad en salud (People's Health Movement, 2000). Para privatizar y mercantilizar la atención sanitaria y la salud pública pueden utilizarse medios muy diversos, entre los cuales podemos destacar, en forma esquemática, las siguientes estrategias. En primer lugar, difundir una ideología basada en un paradigma biomédico, hospitalario y farmacéutico que cada vez pone más el acento en los aspectos "tecnológicos" relacionados con la salud, donde las fuerzas privadas deberían jugar un papel esencial. Segundo, la gestión empresarial, que tendería a caracterizar lo público como "ineficiente", "poco competitivo", cuando no a "culpar a la víctimas" (es decir, los propios enfermos), manifestando el derroche y el gasto poco racional que los propios usuarios en muchas ocasiones realizan. Tercero, la necesidad de ser "eficientes" y "racionales". Se apunta repetidamente a que no hay suficientes recursos para todos, que los pocos recursos sociales existentes deben gastarse con "racionalidad" y que el gasto más racional lo realiza la empresa privada y la gestión empresarial. Cuarto, los recursos públicos se tienden a mercantilizar, cuando no a privatizar, por vías muy diferentes (por ejemplo, a través de co-pagos, deducciones, externalización de recursos, gestión privada, etc.). Asimismo, se tiende a "tecnocratizar" y a hacer cada vez "más opacos" los procesos de propiedad, control y gestión de dichos recursos. Finalmente, es importante destacar que a las mencionadas estrategias de privatización y mercantilización de la atención sanitaria y de la salud pública se une la propia debilidad de las fuerzas políticas y sociales de izquierda que están a favor y defienden lo público, como un bien social fundamental (André, 2008; Etxezarreta, 2009).

6. PRINCIPIOS, PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS POLÍTICAS

El objetivo de la economía no debería ser el logro del beneficio económico, sino la mejora de la salud y de la calidad de vida de toda la población. Como ha señalado recientemente el historiador contemporáneo Eric Hobsbawm: “El crecimiento económico no es un fin, sino un medio para dar vida a las sociedades buenas, humanas y justas. No importa tanto el nombre que se dé a esa sociedad sino cómo combinar las potencialidades de los sectores público y privado, esa es la prioridad política más importante del siglo XXI” (Hobsbawm, 2009).

Para avanzar hacia la mejora real de la salud y de la calidad de vida de toda la población, y para reducir drásticamente las inequidades en salud existentes, las fuerzas de la izquierda política deben ver y entender con claridad los principios y las prioridades fundamentales relacionadas con los procesos para mejorar la salud pública y la equidad en salud.

Por otro lado, los grupos sociales en favor de políticas de salud pública más equitativas deben aumentar su nivel de poder o “empoderamiento”, a través de diversos procesos de acción social que promuevan la participación de la población, de las organizaciones y de las comunidades en cuanto a su nivel de conocimiento, el poder, y el control sobre sus vidas. El empoderamiento sobre temas de salud comporta que la población debe tomar conciencia y control sobre aspectos críticos de su vida diaria en los diferentes contextos en que vive: el trabajo, la familia, la comunidad, la salud, etc. (Wallerstein, 1992; Wallerstein y Berstein, 1994; Israel et al., 1994; CSDH, 2008).

Los países europeos se hallan en fases muy diferentes con respecto a la toma de conciencia y voluntad política para poner en marcha medidas que permitan reducir las desigualdades en salud. Hasta el momento, sólo se han propuesto estrategias globales para reducir las desigualdades en salud en el Reino Unido, en los Países Bajos y en Suecia (Mackenbach y Bakker, 2003). No obstante, la formulación de políticas ha sido intuitiva, parcial y muy limitada, sin que hayan existido ni la voluntad política, ni los recursos adecuados, ni la presión popular suficiente para realmente hacer frente a la reducción de dichas desigualdades.

A continuación planteamos, de forma esquemática, los principios de un modelo diferente de salud pública y de atención sanitaria, así como las principales prioridades y estrategias políticas que la izquierda política debiera seguir para garantizar dichos principios.

6.1. Principios de un modelo alternativo de salud pública y atención sanitaria

Un modelo de salud alternativo es posible y necesario. Es posible y necesario alcanzar un sistema de salud pública y de atención sanitaria que tenga otra orientación y otros valores, otra ideología y otro modelo de gestión, que permita ampliar el derecho social

de la salud para toda la población y que sea verdaderamente controlado y gestionado desde el sector público con la participación directa de la población.

Un modelo de salud orientado a la salud pública para todos, a la atención primaria, y a la equidad en salud deberá incluir y desarrollar los siguientes principios generales (cuadro 5).

Cuadro 5. Principios generales de un modelo alternativo.

- Universalidad. Obtención de la salud como un derecho social.
- Equidad. Obtención de la salud para todos, sin discriminación de ninguna clase.
- Gratuidad. Obtención de la salud de forma accesible para todos.
- Integralidad. Obtención de la salud como parte de un proceso holístico que enfatice las interrelaciones entre las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y económicas y donde se tengan en cuenta todos los procesos vitales, laborales, sociales, ambientales, entre otros, de las personas y comunidades.
- Sustentabilidad. Garantía del compromiso estatal a largo tiempo para llegar a la equidad en salud.
- Evaluación continua. Institucionalización de una evaluación continua de las intervenciones destinadas a obtener la equidad en salud.
- Causalidad. Obtención de la salud entendida como el resultado de los determinantes sociales y ambientales, además de los determinantes genéticos o biológicos.
- Calidad. Obtención de la salud a través de procesos que mejoren la calidad de la atención de forma equitativa, y a través de mecanismos de mayor coste–equidad que sean posibles.
- Participación. Obtención de la salud a través de la mejora significativa (tanto como sea posible) de la democracia y de la participación de la población.
- Lucha. Necesidad de evitar la explotación de individuos, grupos sociales y naciones por parte de los individuos, los grupos, y las naciones más ricos y poderosos.

6.2. Prioridades en la lucha por la equidad en salud

Las prioridades de una nueva política de salud pública y de equidad en salud deberían basarse en distintas prioridades (cuadro 6).

Cuadro 6. Prioridades de un modelo alternativo.

- Desmercantilizar la salud pública y la atención sanitaria del control privado y la influencia ejercidos por las fuerzas a favor del neoliberalismo de la salud y la sanidad y del complejo industrial biomédico-farmacéutico.
- Desbiomedicalizar la salud proponiendo avances en la educación, la prevención y la atención de la salud a través de una integración entre lo biológico, lo psicológico y lo social.
- Integrar la atención sanitaria dentro de la salud pública, haciendo un énfasis especial en la prevención primaria de la enfermedad y la promoción de la salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud.
- Vigilar y proponer políticas para cambiar los principales determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud.
- Democratizar la salud pública y la atención sanitaria aumentando la participación de la población y de la comunidad al más alto nivel posible.

6.3. Estrategias políticas para conseguir equidad en salud

La equidad en salud debe conseguirse a través de políticas coordinadas de tipo económico, político y cultural. El movimiento de “salud en todas las políticas” se ha convertido en un primer paso en esta dirección. Sin embargo, debe profundizarse para atajar las mayores causas de mortalidad simultáneamente, no una por una, siguiendo el modelo médico. Es decir, logrando la igualdad económica (a través de una reducción de la desigualdad de ingresos, impuestos progresivos y servicios sociales universales y suficientes), la igualdad política (con el fomento de la participación directa de los ciudadanos, representación proporcional, eliminación de cámaras de representantes no elegidas directamente por la población, eliminación de la influencia del poder económico en la legislación y las votaciones), y la igualdad cultural (con el acceso generalizado a la educación, sin barreras económicas o de calidad).

Las estrategias para avanzar hacia la propuesta de nuevas políticas de salud pública y de equidad en salud de acuerdo con los principios y las prioridades anteriormente mencionadas deberían basarse y desarrollarse considerando tres objetivos generales. En primer lugar, la consolidación y ampliación de alianzas estratégicas a favor de la salud pública y de la equidad; en segundo lugar, el aumento de la participación de la población fomentando la democracia participativa; y en tercer lugar, el desarrollo de

una atención sanitaria centrada en los derechos sociales e integrada con los servicios sociales. A continuación se resumen algunas de las acciones esenciales que deberían tomar para alcanzar cada uno de dichos objetivos.

6.3.1. Consolidación y ampliación de alianzas estratégicas a favor de la salud pública y de la equidad

Para alcanzar la consolidación y la ampliación de alianzas estratégicas a favor de la salud pública y de la equidad es necesario desarrollar las siguientes acciones (cuadro 7).

Cuadro 7. Acciones para consolidar y ampliar alianzas estratégicas.

- Fortalecer las alianzas estratégicas establecidas y explorar otras nuevas a favor de una nueva salud pública y atención sanitaria que favorezcan la equidad en salud.
- Ampliar las capacidades y el poder de las comunidades y los individuos a favor de políticas públicas de salud que favorezcan la salud pública y la equidad en salud.
- Promover políticas igualitarias de redistribución económica y políticas sociales apropiadas que aseguren un mayor nivel de justicia en la distribución de los beneficios y de la protección social.
- Consolidar y aumentar las inversiones, infraestructuras y recursos necesarios para promover la salud y la calidad de vida de todos los ciudadanos y reducir las inequidades en salud.
- Promover la realización de un enfoque multisectorial, que comprenda más recursos para los sectores de empleo, educación, vivienda y territorios, teniendo en cuenta su relación con la equidad en salud.
- Exigir una regulación efectiva de las empresas transnacionales para asegurar que no exploten la fuerza de trabajo, ni degraden el medio ambiente, ni afecten la soberanía nacional, ni tengan efectos negativos en la salud de las personas, ni incrementen la inequidad en salud.
- Promover la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud y equidad.
- Promover 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 aquéllos que se hallan en situación de precariedad, trabajo informal, o que realizan trabajo doméstico o de cuidado.
- Exigir una amplia transformación de la OMS para que responda a los objetivos de salud de manera que beneficie a las clases sociales más pobres, asegure el trabajo intersectorial y la

independencia de todo interés empresarial privado. Las acciones intersectoriales 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, al voluntariado y al sector privado es fundamental para la equidad en salud y para ayudar a conseguir una toma de decisiones más justa.

- Fortalecer la investigación y la búsqueda de 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.⁵
- Exigir que la investigación en salud, incluyendo la investigación genética y el desarrollo de medicamentos y tecnologías reproductivas, sea llevada a cabo de forma participativa y basada en las necesidades reales de la salud pública. Esa investigación debe orientarse hacia las personas y hacia la salud pública respetando los principios éticos universales.
- Desarrollar sistemas de información de salud pública y equidad en salud, de forma completa y de continua actualización, que permita conocer y evaluar adecuadamente los cambios en los determinantes sociales, la salud y la equidad. Los mismos deberían desagregarse según los ejes fundamentales de la desigualdad social (por ejemplo, clase social, género, etnia, edad y territorio). El desarrollo de dichos sistemas de información permitirá no sólo evaluar el impacto de las políticas sociales de los gobiernos, sino también el grado de bienestar, calidad de vida y justicia social de una sociedad determinada.

6.3.2. Aumento de la participación de la población fomentando la democracia participativa

Para lograr un aumento de la participación de la población fomentando la democracia participativa es necesario desarrollar las siguientes acciones (cuadro 8).

Cuadro 8. Acciones para aumentar la democracia participativa.

- Difundir y dar a conocer, de forma profunda y sostenida, a las organizaciones cívicas, sociales y políticas, así como a la población general, la información fundamental que permita entender la importancia de la salud pública, la equidad en salud, y los determinantes sociales que pueden influir en ellas.
- Aumentar la educación popular a través de la información y la acción adecuadas para contrarrestar la desinformación y la retórica generadas por la propaganda neoliberal sobre la salud.
- Presionar para que los gobiernos tomen la responsabilidad primordial de promover el enfoque equitativo hacia la salud como derecho.
- Establecer y fortalecer las organizaciones populares para crear una base y una plataforma para el análisis y la acción.

⁵ 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.

- Promover y apoyar la realización de acciones que promuevan la participación popular en la toma de decisiones en relación con los servicios públicos a todos los niveles.
- Exigir que las organizaciones populares estén representadas en foros de salud locales, nacionales e internacionales.
- Organizar movimientos populares de amplia base para que presionen a los gobiernos con el objetivo de incorporar la salud y los derechos humanos en sus constituciones nacionales y en su legislación.
- Apoyar las iniciativas locales dirigidas a fomentar la democracia participativa a través del establecimiento de redes solidarias, orientadas a la población en todo el mundo.

6.3.3. Desarrollo de una atención sanitaria centrada en los derechos sociales e integrada con los servicios sociales

Para lograr una atención sanitaria centrada en los derechos sociales e integrada con los servicios sociales es necesario desarrollar las siguientes acciones (cuadro 9).

Cuadro 9. Acciones para Prioridades de un modelo alternativo.

- Oponerse a las políticas nacionales y europeas que privatizan la atención de la salud y la convierten en una mercancía.
- Exigir que los gobiernos promuevan, financien y provean una Asistencia Primaria Integral de Salud como la manera más efectiva de enfrentar los problemas de atención a la salud y de organizar los servicios públicos de la misma.
- Exigir a los gobiernos que adopten, implementen y respeten las políticas nacionales de salud y los medicamentos esenciales y que reduzcan el gasto farmacéutico que no sea imprescindible.
- Exigir a los gobiernos que se opongan a la privatización de los servicios públicos de salud y que aseguren la regulación efectiva del sector médico privado, incluyendo los servicios médicos asociados a la caridad y las ONGs.
- Desarrollar servicios de atención a la salud que sean democráticos y cuenten con los recursos económicos y humanos suficientes.
- Promover, apoyar y llevar a cabo acciones que faciliten un mayor poder, control y participación de la población en la toma de decisiones sobre la salud, a todos niveles, incluyendo los derechos de los pacientes y de los consumidores.
- Exigir cambios en la educación y en la preparación del personal de atención a la salud para que mejore su capacidad de resolver problemas en el contexto de la práctica cotidiana, para

que puedan comprender mejor el impacto de las cuestiones globales sobre sus comunidades, y para que se motiven y aprendan a trabajar con distintas comunidades respetando su diversidad.

- Proponer la desmitificación de las tecnologías médicas y de salud (incluyendo los medicamentos) y exigir que éstas estén subordinadas a las necesidades de salud y a los derechos de la población.

Referencias

André C. Privatization and the reforms of the European health care systems (preliminary draft). EAEPE-PRESOM Symposium Privatisation and regulation of core transactions in critical infrastructures. Delft University of Technology, March 22-23, 2007.

André C. The transformations of health care systems in Europe: Convergence of spending, how many types of reforms? (preliminary draft). ESPAnet Conference Helsinki, September 18-20, 2008.

Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.

Benach J, Muntaner C, with Solar O, Santana V, Quinlan M. Employment, work, and health inequalities: A global perspective. (en prensa, 2010).

Benach J, Muntaner C. La desigualdad en salud: El mejor indicador de bienestar y justicia social .(enviado).

Brugère J, Naud C. Occupational cancers. Recognition of occupational cancers in Europe. TUTB Newsletter 2003;21:38-9.

Chan M. Directora general de la OMS en el lanzamiento mundial del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, 28 de agosto de 2008.

CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.

Domènech A. Entrevista realizada por Salvador López Arnal. El Viejo Topo, enero de 2004.

EFPIA. The pharmaceutical industry in figures, 2009.

EPA (encuesta de población active). Disponible en: <http://www.ine.es> [accesible el 5 de marzo de 2010]

Etxezarreta M. Conferencia: "Globalización y precariedad". Bellaterra, 22 de febrero de 2005.

Etxezarreta M. La privatización de los servicios sociales y de salud.VIII Jornadas autonómicas de la Asociación española de neuropsiquiatría. La Nau, Valencia, 23 de octubre de 2009.

Eurofound. Second European Quality of Life Survey (2EQLS), 2009

European Commission, Enterprise and Industry: medical devices, en http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/medical-devices/competitiveness/facts-figures/index_en.htm

European Commission, Competition DG. Pharmaceutical sector inquiry. Final report, 2009.

European Health Report 2009. Health and health systems. WHO Regional Office for Europe, Denmark, 2009.

Eurothine. Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach. Final report. Department of Public Health. University Medical Centre Rotterdam. The Neetherlands, 2007.

Gordon, D. An alternative ten tips for staying healthy. October 10, 1999. Disponible en <http://www.socialjustice.org/subsites/conference/resources.htm>

Green LA, Fryer GE jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New England J Medicine* 2001;344(26):2021-2025.

Green Paper. Improving the Mental Health of the Population: Towards a strategy of mental health for the European Union. Health and Consumer Protection. European Commission, Brussels, 2005.

Harvey D. A brief history of neoliberalism. Oxford: OUP, 2005.

Hobsbawm E. Conferencia en el World Political Forum en Bosco Marengo (Alejandría), Carta Maior, 27 de octubre de 2009.

IMS. Health Market Prognosis, March 2009.

Israel BA, Checkoway B, Shulz A, Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizacional, and community control. *Health Educ Q* 1994;21(2):149-170.

Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM, and the EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. Online, November 17, 2008 DOI:10.1016/S0140-6736(08)61594-9.

Jano.es: Medicina y Humanidades. "Europa acusa a las farmacéuticas de retrasar la comercialización de genéricos...". Disponible en http://www.jano.es/jano/actualidad/ultimas/noticias/janoes/europa/acusa/farmaceuticas/retrasar/comercializacion/genericos/_f-11+iditem-7212+idtabla-1 [accesible el 5 de marzo de 2010]

Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers, No. 23. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006. Disponible en <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf> [accesible el 27 de mayo de 2009]

Klein, N. La Doctrina del shock : el auge del capitalismo del desastre. Barcelona: Paidós, 2007.

Last JM. The iceberg: Completing the clinical picture in general practice. *Lancet* 1963;6:28-31.

Leinsalu et al. Increasing educational differences in mortality in four Eastern European countries during the post-communist transition period. En Eurothine. Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach. Final report. Department of Public Health. University Medical Centre Rotterdam. The Neetherlands, 2007.

Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, February, 2006. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/resources/european_inequalities.pdf

Mackenbach JP, Bakker MJ, for the European network on interventions and policies to reduce inequalities in health. Tackling socioeconomic inequalities in health: Analysis of European experiences. *Lancet* 2003;362:1409–1414.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;5;358(23):2468-2481.

Martín García, M. Consecuencias de la globalización para salud en Europa. En Sánchez Bayle (coord.). *Globalización y Salud* 2009. Madrid: Fundación Sindical de Estudios, Ediciones GPS, 2009.

Mengeot MA, Musu T, Vogel L, Gadea R. Los cánceres profesionales. Una plaga social ignorada con demasiada frecuencia. Madrid: ISTAS, ETUI, 2007.

Menvielle et al. Educational differences in cancer mortality among women and men: a gender pattern that differs across Europe. En Eurothine. *Tackling Health Inequalities in Europe: An integrated approach*. Final report. Department of Public Health. University Medical Centre Rotterdam. The Neetherlands, 2007.

Muntaner C, Lynch J. Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *Int J Health Serv* 1999;29(1):59-81.

Naciones Unidas. Declaración Universal de derechos humanos. Artículo 25, 1948. Disponible en <http://un.org/overview/rights.html>.

Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006; 368 (9540): 1033-1037.

Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med* 2001;52(3):481-491.

Newey C et al. *Avoidable mortality in the enlarged European Union*. Paris: Institut des Sciences de la Santé, 2004.

Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London, Nuffield Trust, 2004. Disponible en http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/21404avoidable_mortality2.pdf [Accesible el 28 de Junio de 2009]

OECD Health Data 2008. Statistics and Indicators for 30 countries, December 2008 – EFPIA calculations.

Observatorio Europeo de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo. El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en 11 países europeos, 2009.

OECD. *Health at a glance: OECD Indicators – 2005 Edition*.

Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G. *Fourth European Working Conditions Survey* European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007

People's Health Movement, 2000. Disponible en <http://www.phmovement.org>

Segunda Asamblea Mundial de los Pueblos, 2005.

Sen A. *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

Shiva V. En: Benach J, Muntaner, con Solar O, Santana V, Quinlan M. *Employment, work, and health inequalities: A global perspective*. Barcelona: WHO; ILO. (en prensa 2010).

Thümmler K, Britton A y Kirch W. Data and Information on Women's Health in the European Union. Faculty of Medicine Carl Gustav Carus Research Association Public Technische Universität Dresden, Health Saxony and Saxony-Anhalt. European Communities, 2009.

US Census Bureau. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008. US Department of Commerce, 2009

Van der Heyden J et al. Socio-economic inequalities in lung cancer mortality in Europe: an update. En Eurothine. Tackling Health Inequalities in Europe: An integrated approach. Final report. Department of Public Health. University Medical Centre Rotterdam. The Neetherlands, 2007.

Van Oyen H et al. Inequalities in alcohol-related mortality by educational level in 16 European populations. En Eurothine. Tackling Health Inequalities in Europe: An integrated approach. Final report. Department of Public Health. University Medical Centre Rotterdam. The Neetherlands, 2007.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promotion 1992;6:197-205.

Wallerstein N, Berstein E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. Health Educ Q 1994;21:141-148.

Ward T, Lelkes O., Sutherland H, Tóth I. European inequalities: social inclusion and income distribution in the European Union. TÁRKI Social Research Institute Inc. Budapest, European Communities, 2009.

White K. The ecology of medical care. New England J Med 1961;265:885-892.

Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up. A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Geneva: WHO, 2006.

SOBRE GREDS/EMCONET⁶

El **Grupo de Investigación de Desigualdades en la Salud (GREDS) / Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)** es un grupo de investigación que forma parte del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud (CEXS) de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona. GREDS/EMCONET tiene como objetivo principal la generación de información científica, la transferencia del conocimiento a la sociedad y la formación de investigadores en relación al origen, producción y acciones políticas necesarias para el conocimiento y la disminución de las desigualdades sociales en salud. GREDS/EMCONET cuenta con una larga experiencia en el estudio sobre el efecto de las condiciones de empleo y trabajo en la salud y en las desigualdades en salud, coordinando la Red Internacional sobre Condiciones de Empleo, Trabajo y Desigualdades en salud (Employment Conditions Knowledge Network).

SOBRE DEMPEUS PER LA SALUT PÚBLICA⁷

Dempeus per la Salut Pública es un colectivo ciudadano proveniente de diferentes experiencias, formaciones, oficios, disciplinas, organizaciones sociales y políticas, de diferentes luchas y amplios compromisos sociales reunidos con el objetivo de defender el carácter público de la salud y la sanidad y luchar contra las desigualdades en salud. Los ámbitos concretos de trabajo de Dempeus son en primer lugar la defensa del carácter público del sistema nacional de salud; en segundo lugar, la participación social con otras asociaciones que trabajen con la defensa del sector público; y finalmente el abordaje interdisciplinario y de calidad de las patologías no suficientemente reconocidas o mal atendidas.

⁶ <http://www.upf.edu/greds-emconet/>

⁷ <http://dempeus.nireblog.com>