

Las políticas para disminuir las desigualdades en salud

Carme Borrell^{a,b,c} / Lucía Artazcoz^{a,b}

^aAgència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España; ^bCIBER de Epidemiología y Salud Pública, España;

^cDepartamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

(Policies to reduce health inequalities)

Resumen

Este trabajo revisa las políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud y presenta algunos ejemplos. Previamente repasa el modelo sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud. El modelo descrito sobre los determinantes de las desigualdades en salud es el utilizado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que contiene tres elementos principales: el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores intermediarios. Se describen 10 principios que cabe tener en cuenta para poner en marcha intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud, y se describen distintas políticas según «el punto de entrada» considerado en el modelo conceptual. Finalmente, se ofrecen dos ejemplos: la política de salud pública de Suecia y el programa «Barrio Adentro» de Venezuela.

Palabras clave: Intervenciones. Políticas. Desigualdades en salud.

Abstract

This paper reviews policies to reduce social inequalities in health and presents some examples. Previously it presents the model on social determinants of health inequalities. The model described on the determinants of health inequalities is used by the Commission on Social Determinants of Health of the World Health Organisation that contains three main elements: the socio-economic and political context, socioeconomic status and intermediary factors. It describes 10 principles to keep in mind to launch interventions aimed at reducing inequalities in health and describes various policies depending on different «entry points» considered in the conceptual model. Finally we present two examples: The Public Health Policy of Sweden and the programme «Barrio Adentro» in Venezuela.

Key words: Interventions. Policies. Inequalities in health.

Introducción

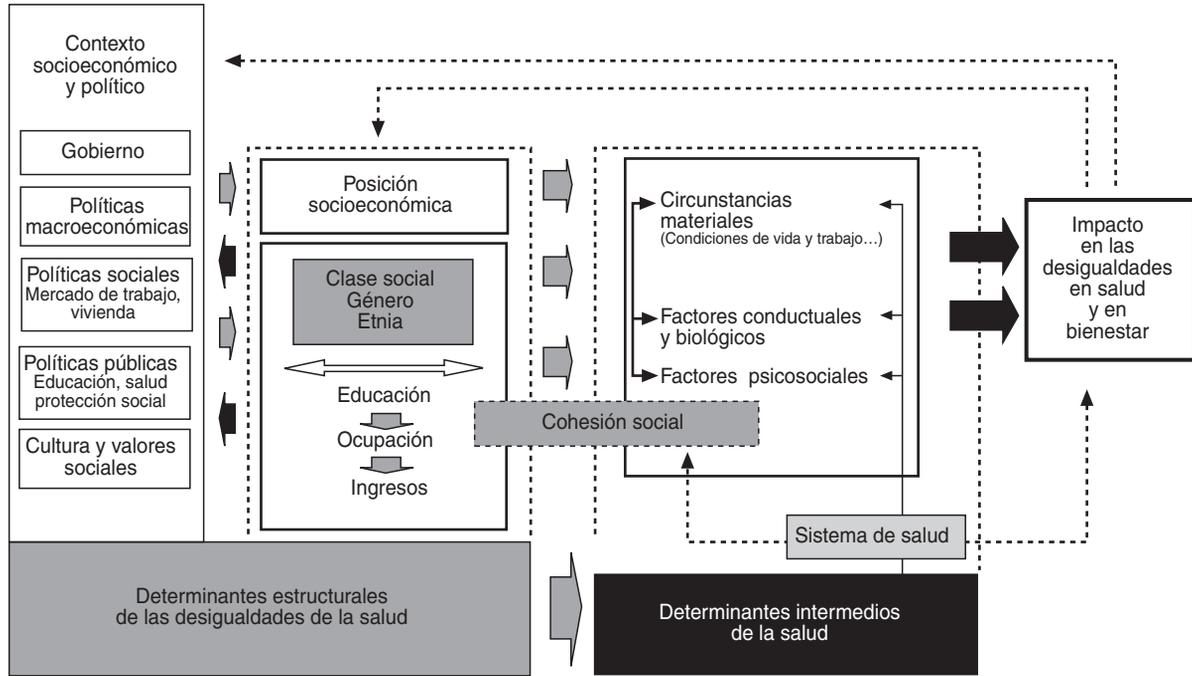
La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud, injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente¹. Por el contrario, la desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos^{2,3}. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes, y causa en muchos casos de un exceso de mortalidad y de morbilidad, superiores a los de la mayoría de los factores de riesgo de enfermedad conocidos. Además, en los ámbitos

donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan, ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas^{4,5}. También es importante tener presente que la evidencia científica señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas⁶.

Este trabajo revisa las políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud y presenta algunos ejemplos. Previamente repasa el modelo sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Modelo conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.



Fuente: Solar e Irwin¹.

Contexto socioeconómico y político. Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia y la corrupción, el poder de los sindicatos,

b) políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.),

valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad. Aún se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población, aunque ya hay algunos que demuestran la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más

sigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas¹⁴, los hombres¹⁵ y las personas de raza blanca¹⁶. La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de «las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prác-

a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia¹⁸; b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.¹⁹; c) los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) el sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales.

Las políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud

Principios para la acción

Whitehead y Dalghren⁶, en un documento publicado por la OMS, proponen 10 principios para la acción que deben servir como guía general cuando se pretende poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud. Estos principios son:

Las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población. Para disminuir las desigualdades en salud entre distintos grupos, el objetivo es aumentar el nivel de salud de los menos privilegiados y no reducir las desigualdades disminuyendo el nivel de salud de los grupos más privilegiados.

Se deben utilizar distintas aproximaciones para disminuir las desigualdades en salud. Las tres más frecuentes son²⁰:

– Reducción de las desigualdades en toda la población. Esta aproximación tiene en cuenta que hay un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales y, por tanto, es necesario tenerlas todas en cuenta estableciendo políticas universales. Estas políticas son necesarias ya que, tal como se ha comentado anteriormente, protegen a la población frente a las desigualdades (p. ej., las políticas de estado de bienestar).

– Disminución de las desigualdades entre los grupos menos privilegiados y los más privilegiados, me-

vulnerable difiere del de poblaciones de riesgo. Una población de riesgo se define por una alta exposición a un factor de riesgo específico, mientras que una población vulnerable es un subgrupo que, debido a unas características sociales compartidas, tiene una mayor probabilidad de estar expuesto a diferentes riesgos²¹. Según Link y Phelan^{22,23}, la acumulación de factores de riesgo es la expresión de las causas fundamentales ligadas a la posición en la estructura social (tal como supone el modelo conceptual presentado anteriormente). Estas «causas» son los riesgos que generan la exposición a otros riesgos.

3. Las intervenciones poblacionales para mejorar la salud también deben centrarse en la disminución de las desigualdades entre los distintos grupos sociales. A menudo, las intervenciones no tienen en cuenta las desigualdades y ello hace que los grupos socioeconómicos más privilegiados se beneficien más de ellas.

4. Las acciones deben considerar los determinantes sociales de las desigualdades en salud y no sólo los determinantes de la salud, ya que puede ser que los determinantes de las desigualdades no sean los mismos²⁴. Las intervenciones de salud pública dirigidas a disminuir las desigualdades en salud han de ser necesariamente multisectoriales. Tal como se ha comentado en el apartado anterior sobre el modelo conceptual, las causas fundamentales que crean la vulnerabilidad están enraizadas en la vida cotidiana, y las competencias para actuar sobre ellas recaen fundamentalmente fuera del sector sanitario (p. ej., las condiciones de vida y de trabajo). Así, el papel del sector sanitario no es tanto actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo y convencer a otros sectores para actuar conjuntamente en la reducción de las desigualdades en salud²⁵.

5. Deben registrarse los efectos adversos de las intervenciones implementadas. Así, por ejemplo, las políticas de reforma de los sistemas sanitarios llevadas a cabo en países de Latinoamérica promovidas por el Banco Mundial, a menudo han aumentado las desigualdades y afectado principalmente a los sectores más desfavorecidos de la población^{26,27}.

6. Es necesario disponer de instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades en salud y las intervenciones puestas en marcha. Para ello, se deben medir las desigualdades entre los grupos sociales, tanto

blaciones diana tienen diferentes actitudes, valores y preocupaciones que los responsables políticos y los profesionales de promoción de la salud, por lo que deben incluirse miembros de los grupos vulnerables desde el análisis de los problemas hasta el desarrollo de los programas y su evaluación²⁹. Este tipo de estrategias supone un cambio radical en las políticas de salud pública, que implica un modelo diferente del basado en el paradigma clínico de enfermedad y centrado en los problemas cotidianos de la gente, y no en los problemas que preocupan a los profesionales de la salud pública, a menudo alejados de la comunidad³⁰.

Las desigualdades en salud se deben describir de forma separada para hombres y mujeres, ya que sus determinantes pueden variar según el sexo³¹. A menudo, los estudios sobre las desigualdades en salud según el sexo se han realizado de forma paralela a los estudios sobre las desigualdades según la clase social, sin que haya una visión que integre ambas líneas de trabajo, pero es importante tener en cuenta los dos ejes de desigualdad^{32,33}.

Se deben describir las diferencias en salud según la etnia o el área geográfica teniendo en cuenta la posición socioeconómica¹⁶. También en este caso es importante considerar otros ejes de desigualdad, además de la posición socioeconómica o la clase social.

10. Los sistemas de salud se deben basar en principios de equidad, proporcionando atención a la población, independientemente de su capacidad econó-

³⁴.

Las políticas según los puntos de entrada

Las políticas para disminuir las desigualdades deben basarse en el modelo conceptual que las produce. De acuerdo con el modelo presentado anteriormente, las políticas pueden tener distintos puntos de entrada. A continuación se presentan algunos ejemplos de políticas³⁴:

Punto de entrada en los determinantes estructurales, como el contexto socioeconómico y político. Se refiere a las políticas de ámbito «macro»:

– Poder político. En este apartado se incluyen las políticas relacionadas con el poder político en sentido amplio y no sólo en el referido a los partidos políticos.

– Políticas macroeconómicas. Pueden contribuir a la disminución de las desigualdades de renta o de la pobreza. Algunos ejemplos son disminuir las desigualdades de renta incrementando la fiscalidad progresiva, regular el mercado impulsando estrategias proequidad o promover las pensiones mínimas para combatir la pobreza.

– Políticas de mercado de trabajo, como las dirigidas a mejorar las condiciones de empleo para reducir las exposiciones dañinas para la salud³⁷, la regulación de salarios, de los horarios de trabajo y del trabajo temporal, así como la protección frente a la enfermedad y el desempleo. También están incluidas en este apartado las políticas destinadas a conseguir el pleno empleo.

En la tabla 1 se muestran algunos indicadores del gasto destinado a aspectos relacionados con políticas estructurales en España y otros países de la Unión Europea (agrupación de 15 y 25 países). Destaca el menor gasto en protección social de nuestro país, así como las mayores desigualdades de renta y la menor riqueza.

2. Punto de entrada en los determinantes intermedios:

– Políticas dirigidas a mejorar los factores materiales y psicosociales. Se refieren a las intervenciones destinadas, por ejemplo, a modificar las condiciones de trabajo, disminuyendo los riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales. También se incluyen las políticas destinadas a mejorar el entorno o el barrio de residencia, como por ejemplo el aumento de las zonas verdes, la disminución del tráfico y de la contaminación atmosférica, etc.

– Políticas dirigidas a mejorar los factores conductuales. Las intervenciones destinadas a mejorar las conductas o los estilos de vida deben tener en cuenta que estos comportamientos no son elecciones individuales, sino que están condicionados socialmente. Algunos ejemplos serían el aumento de los precios del tabaco³⁸ y de las bebidas alcohólicas (intervenciones efectivas para disminuir las desigualdades en el consumo), la construcción de equipamientos públicos donde poder

– Políticas dirigidas a mejorar los factores materiales y psicosociales. Se refieren a las intervenciones destinadas, por ejemplo, a modificar las condiciones de trabajo, disminuyendo los riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales. También se incluyen las políticas destinadas a mejorar el entorno o el barrio de residencia, como por ejemplo el aumento de las zonas verdes, la disminución del tráfico y de la contaminación atmosférica, etc.

Tabla 1. Indicadores de gasto social, en educación, de desigualdad de renta y de riqueza, en España y la Unión Europea (15 países y 25 países, años 1995 y 2004)

| | 1995 | | 2004 | | |
|------------------------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------------------|
| | España | Unión Europea (15) | España | Unión Europea (15) | Unión Europea (25) |
| Gasto social (% PIB) | | | | | |
| | 21,6 | 27,7 | 20,6 | 27,7 | 27,3 |
| Enfermedad/atención sanitaria | 6,0 | 7,2 | 6,2 | 7,5 | 7,4 |
| Discapacidad | 1,5 | 2,2 | 1,5 | 2,1 | 2,1 |
| Supervivencia | 8,3 | 10,6 | 7,9 | 10,9 | 10,8 |
| Familia | 0,9 | 1,2 | 0,6 | 1,2 | 1,2 |
| Desempleo | 0,4 | 2,1 | 1,1 | 2,1 | 2,1 |
| Vivienda | 3,4 | 2,2 | 2,5 | 1,7 | 1,7 |
| Exclusión social | 0,2 | 0,6 | 0,2 | 0,5 | 0,5 |
| Exclusión social | 0,1 | 0,4 | 0,2 | 0,4 | 0,2 |
| Gasto en educación (% PIB) | | | | | |
| Público | - | - | 4,7 | 5,3 | 5,4 |
| Público | - | - | 4,2 | 4,9 | 5,1 |
| Desigualdades de renta | | | | | |
| Coeficiente de Gini | 34 | 31 | 31 | 30 | 30 |
| PIB (paridad de poder adquisitivo) | - | - | 21.900 | 24.400 | 22.500 |

PIB: producto interior bruto.

Fuente: Eurostat.

Dos ejemplos de políticas para disminuir las desigualdades en salud

La política de salud pública de Suecia

Suecia es un país con 9 millones de habitantes que cuenta con una larga tradición de gobiernos socialdemócratas durante el último siglo. En 1997, el gobierno socialdemócrata sueco nombró una Comisión Nacional de Salud Pública con el objetivo de definir los objetivos nacionales de salud y las estrategias para alcanzarlos^{40,41}. Estos objetivos debían contribuir a la reducción de las desigualdades en salud. La comisión estaba formada por representantes de los 7 partidos políticos del Parlamento y por expertos y asesores de las administraciones, universidades, sindicatos y organizaciones no gubernamentales.

El trabajo de la comisión se desarrolló en 3 fases:

– Fase 1. Se realizó un primer informe sobre el marco conceptual y los principios generales para desarrollar el trabajo futuro. Este informe fue ampliamente difun-

Tabla 2. Objetivos de la política de salud pública de Suecia

1. Participación e influencia en la sociedad
2. Seguridad económica y social
3. Condiciones seguras y favorables durante la infancia y la adolescencia
4. Una vida saludable en el trabajo
5. Ambientes y productos saludables y seguros
6. Servicios de salud que promuevan más activamente la buena salud
7. Protección efectiva contra las enfermedades transmisibles
8. Sexualidad segura y buena salud reproductiva
9. Aumento de la actividad física
10. Dieta saludable y alimentos seguros
11. Prevención del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol, una sociedad libre de drogas ilegales y *dopins*, y reducción de los daños asociados a la adicción al juego

Fuente: Agren⁴².

peros. Posteriormente se elaboró el informe definitivo, que finalizó en el año 2000, con 18 objetivos, de los cuales el gobierno aprobó 11 (tabla 2) en diciembre de 2002⁴². Los objetivos aprobados se referían funda-

1. Trabajo conjunto entre expertos y políticos. A menudo, las estrategias nacionales de salud son propuestas por un grupo de expertos, como sucedió con el informe Black⁴⁴ y con el informe español sobre las «Desigualdades en salud en España»⁴⁵. A pesar de que estos informes proponen una serie de recomendaciones para la acción, hay una alta probabilidad de que los responsables políticos no las asuman, tal como ocurrió en los dos casos mencionados, ya que los gobiernos conservadores, tanto del Reino Unido como de España, no hicieron suyas las recomendaciones de los informes. En este sentido, la comisión multidisciplinaria nombrada por el gobierno sueco garantizaba que las propuestas fueran científicamente relevantes y que hubiera una negociación y una discusión con los responsables de las decisiones políticas. El documento final es «un documento político basado en la evidencia científica».

2. Un enfoque en los determinantes de la salud y en una implementación multisectorial. A diferencia de la mayoría de los planes de salud existentes, la estrategia se dirigía a los determinantes de la salud. Ello implica tener objetivos distintos a los más clásicos relacionados con la disminución de las desigualdades en la mortalidad o la morbilidad (p. ej., los objetivos de Estados Unidos formulados en el informe «Healthy people» de 2010⁴⁶), enfoques que suelen basarse en una visión más biomédica de las causas de la salud y la enfermedad, y mucho más centrados en las personas. Centrarse en los determinantes de la salud proporciona un papel menos relevante a los servicios de salud y requiere una acción multisectorial.

3. Petición de una evidencia científica fuerte. La demanda de la evidencia científica por parte del gobierno movilizó a la comunidad científica. Alrededor de 100 profesionales relacionados con la salud pública elaboraron 19 informes para apoyar el proceso de trabajo.

4. Resaltar el proceso democrático para desarrollar la estrategia. Todo el proceso se realizó con un diálogo constante entre los responsables de desarrollar las intervenciones y las personas afectadas por la intervención. Se elaboraron documentos y se organizaron seminarios y conferencias destinados a favorecer este tipo de participación y colaboración.

El programa «Barrio Adentro» de Venezuela

Venezuela es un país con 23.232.553 de habitantes (censo de 2001), en el cual Hugo Chávez fue elegido presidente en 1998, contando con el apoyo del partido por él fundado, Movimiento V República, y de una alianza popular llamada Polo Patriótico, formada por partidos de izquierdas.

Al igual que en muchos otros países de Latinoamérica⁴⁷, a partir de los años ochenta el sistema de ser-

vicios de salud en Venezuela se caracterizó por la disminución de la financiación de los servicios de salud, la privatización, la poca inversión en mantenimiento de infraestructuras, y la fragmentación y la desarticulación entre múltiples participantes que debían cumplir las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. En las décadas de los ochenta y noventa se expandió el sector privado de salud. La inversión pública en salud, que en 1970 fue el 13,3% del presupuesto nacional, pasó a ser del 7,9% en 1996, lo cual representaba el 1,7% del producto interior bruto. Todo ello fue incentivado por las políticas neoliberales del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, y acompañado por un aumento de la pobreza y las desigualdades de renta⁴⁸⁻⁵⁰.

Cuando en 1999 se aprobó la nueva Constitución, se inició la elaboración colectiva de un nuevo modelo económico y social orientado, entre otros principios, a la salud como un derecho social fundamental garantizado por el Estado venezolano en corresponsabilidad con la ciudadanía, y con garantía de participación activa y protagonista de las comunidades organizadas, premisas bajo las cuales se empieza a fraguar el nuevo sistema de salud. Los ingresos del petróleo no sólo se destinan a la financiación de la atención a la salud (tabla 3), sino también a las misiones sociales que mejoran las condiciones y la calidad de vida como determinantes de la situación de salud de la población.

Para dar impulso al nuevo modelo, en 2003 se implementa la misión «Barrio Adentro», basada en los principios de atención primaria de Alma-Ata. Esta misión fomenta y construye una red ambulatoria constituida por los consultorios populares o puntos de consulta de «Barrio Adentro», los ambulatorios rurales y urbanos del Ministerio de Salud, las salas de odontología de «Barrio Adentro», las boticas populares, los centros de vacunación y las ópticas de «Barrio Adentro»⁴⁷.

Los consultorios populares tienen cuatro características fundamentales⁴⁷:

- Territorialización. Cada consultorio popular garantiza el acceso y la cobertura a unas 250-350 familias.

- Integralidad. Los consultorios populares funcionan según el modelo de atención integral, estrategia que garantiza atención a lo largo del ciclo vital con unidades dotadas de capacidad resolutoria para la promoción de la salud y la calidad de vida mediante acciones educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras, que actúan tanto sobre las necesidades inmediatas en salud como sobre los determinantes sociales de la salud de las personas y de las comunidades.

- Participación. Los consultorios populares funcionan con la participación constante de la comunidad.

- Intersectorialidad. Los consultorios populares se articulan con el resto de las políticas sociales del Es-

Tabla 3. Inversión pública en salud, en porcentaje del presupuesto nacional y del producto interior bruto, en Venezuela (2000-2006)

| Año | Porcentaje del presupuesto ordinario de salud sobre el presupuesto nacional | Porcentaje del presupuesto ordinario y extraordinario de salud sobre el presupuesto nacional | Porcentaje del presupuesto de salud sobre el PIB | Porcentaje del presupuesto ordinario y extraordinario de salud sobre el PIB |
|------|---|--|--|---|
| 2000 | 6,09 | 6,09 | 1,80 | 1,80 |
| 2001 | 6,16 | 7,34 | 1,94 | 2,27 |
| 2002 | 6,61 | 8,90 | 1,94 | 2,63 |
| 2003 | 6,36 | 11,75 | 1,97 | 3,47 |
| 2004 | 6,46 | 18,81 | 1,88 | 5,56 |
| 2005 | 5,94 | 31,00 | 1,85 | 9,17 |
| 2006 | 5,76 | 26,08 | 1,75 | 7,71 |

PIB: producto interior bruto.

Nota: el presupuesto ordinario del Ministerio de Salud de 2006 no incluye aún los créditos adicionales.

Fuente: OPS⁴⁷.

tado. La mayoría del personal médico procedía de Cuba, en un intercambio realizado entre ambos países. En 2006 se habían construido 1.612 consultorios y estaban en construcción 4.618.

El segundo nivel de atención (atención especializada) está integrado por 600 centros de diagnóstico integral (139 construidos en 2006), 35 centros de alta tecnología (6 construidos en 2006) y 600 salas de rehabilitación (151 construidas en 2006). Además, se inició un plan de remodelación de la red hospitalaria.

Es necesario señalar que todo este proceso se está realizando con una amplia participación de la población. Así, en 2006 se habían registrado 8.951 comités de salud elegidos en asambleas populares.

Aunque es un proceso no acabado, la experiencia de la construcción de un sistema público de salud en Venezuela basado en la atención primaria de salud ratifica la importancia de incorporar la salud como un derecho universal, y puede servir de ejemplo a otros países del entorno con una situación similar⁵⁰.

A modo de conclusión

Las políticas para disminuir las desigualdades en salud son una prioridad para muchos países y responden al objetivo número 2 de la estrategia de «Salud para el siglo XXI» de la OMS⁵¹: «Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los Estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos». Este tipo de políticas coloca a la salud pública ante un gran reto, ya que la reducción de las desigualdades en la salud requiere pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de

salud, que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes sociales de la salud, que requiere un alto compromiso político que implica a todas las áreas del gobierno y a la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación.

Hay distintos factores relacionados con la falta de implementación de estas políticas³⁴: a) falta de voluntad política, pues a menudo los partidos políticos gobernantes no tienen voluntad de incluir en la agenda política este tema; b) falta de conocimiento, tanto de la evidencia de la existencia de desigualdades como de las políticas para poner en marcha; c) fondos públicos insuficientes, ya que no es posible instaurar políticas sin recursos destinados a ellas, y con frecuencia las declaraciones políticas no van acompañadas de los recursos necesarios para llevarlas a cabo; d) falta de coordinación y de capacidad para llevar a cabo proyectos multisectoriales, y e) consideración, tanto desde una buena parte del sector sanitario como desde otros sectores y la propia población general, de que las políticas para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades sociales en salud son competencia exclusiva del sector sanitario.

España es uno de los países en que son evidentes las desigualdades socioeconómicas en salud^{45,52-56}, pero las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política⁵⁷⁻⁵⁹. En cambio, las políticas para disminuir las desigualdades de género en la salud han sido algo más priorizadas⁶⁰. Se han realizado ciertas experiencias en algunas comunidades autónomas que señalan que se puede estar produciendo algún cambio, como por ejemplo el nuevo Plan de Salud de la Comunidad Autónoma Andaluza⁶¹ o la Ley de Barrios de Cataluña⁶², que deberán ser evaluadas en el futuro para conocer su viabilidad y efectividad.

Bibliografía

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
2. Miguélez F, García T, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona; 1996.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
4. Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit.* 1997;11:255-57.
5. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
6. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (I). Copenhagen: World Health Organization; 2006. Studies on social and economic determinants of population health n.º 2.
7. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet.* 2006;368:1033-7.
8. Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M. Politics and health. *J Epidemiol Comm Health.* 2007;61:658-9.
9. Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: a typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy.* 2007; 80:328-39.
10. Chung H, Muntaner C. Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries. *Soc Sci Med.* 2006;63:829-42.
11. Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Soc Sci Med.* 2004; 58:41-56.
12. Raphael D, Bryant T. The welfare state as a determinant of women's health: support for women's quality of life in Canada and four comparison nations. *Health Policy.* 2004;68:63-79.
13. Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J Health Serv.* 2003;33:419-94.
14. Marmot M; Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007;370:1153-63.
15. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections, and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003;32:652-7.
16. Krieger N. Refiguring «race»: epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int J Health Serv.* 2000;30:211-6.
17. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med.* 2005;61:1576-96.
18. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ.* 2000 29;320:1200-4.
19. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ.* 2001;19:1233-6.
20. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *J Social Policy.* 2004;33:115-51.
21. Frohlich KL, Potvin L. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health.* 2008;98:216-21.
22. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of diseases. *J Health Soc Behav.* 1995;24:80-94.
23. Phelan J, Link B. Controlling disease and creating disparities: a fundamental cause perspective. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60:27-33.
24. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q.* 2004;82:101-24.
25. Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. Reducing health disparities. Roles of the health sector. Discussion paper, 2005 [citado 4 Feb 2008]. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_recommended_policy.pdf
26. Navarro V. Neoliberalism as a class ideology, or the political causes of the growth of inequalities. *Int J Health Serv.* 2007; 37:47-62.
27. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv.* 2001;31:729-68.
28. Borrell C, Rué MI, Pasarín M, Benach JE, Kunst A. La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2000;14 Supl 3:20-33.
29. Potvin L. Managing uncertainty through participation. En: McQueen DM, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan JM, Balbo L, Abel T, editores. *Health & modernity: the role of theory in health promotion.* New York: Springer; 2007. p. 103-28.
30. Syme SL. The prevention of disease and promotion of health: the need for a new approach. *Eur J Public Health.* 2007; 17:329-30.
31. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med.* 1996;51: 294-6.
32. Borrell C, Artazcoz L, coordinadoras. Guía de investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.
33. Artazcoz L, Borrell C, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Commun Health.* 2007;61 Suppl 2:39-45.
34. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (II). Copenhagen: World Health Organization; 2006. Studies on social and economic determinants of population health n.º 3.
35. Huber E, Stephens J. Development and crisis of the Welfare State. Chicago: The University of Chicago Press; 2001.
36. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med.* 2001;52:481-91.
37. Benach J, Muntaner C, Santana V, Chairs F. Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Geneva: WHO; 2007.
38. Giskes K, Kunst AE, Ariza C, Benach J, Borrell C, Helmer U, et al. Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries. *J Public Health Policy.* 2007;28:261-80.
39. Ziglio E, Barbosa R, Charpak I, Turner S. Health systems confront poverty. Copenhagen: World Health Organization; 2005. *Public Health Case Studies* n.º 1.
40. Hogstedt C, Lundgren B, Moberg H, Pettersson B, Agren G. The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. *Scand J Public Health.* 2004;64 Suppl:6-64.

41. Östlin P, Diderichsen F. Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study. Stockholm: World Health Organization; 2001. Policy Learning Curve Series, n.º 1.
42. Agren G. Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2003.
43. The 2005 Public Health Policy Report. Summary. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2005.
44. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. The Black Report. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editores. Inequalities in health: the Black Report and the health divide. London: Penguin Books; 1988.
45. Navarro V, Benach J, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. Las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University (USA); 1996.
46. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and improving health. 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
47. «Barrio Adentro»: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS/OMS para Venezuela; 2006.
48. Muntaner C, Salazar RM, Rueda S, Armada F. Challenging the neoliberal trend: the Venezuelan health care reform alternative. *Can J Public Health*. 2006;97:119-24.
49. Muntaner C, Salazar RM, Benach J, Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *Int J Health Serv*. 2006;36:803-11.
50. Muntaner C, Armada F, Chung H. History is not over. Barrio Adentro, the Bolivarian revolution and health care in Venezuela. En: Eastwood J, Poniah T, editores. *Bolivarian Venezuela* Duke University Press. En prensa 2008.
51. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series n.º 6). Copenhagen: World Health Organization; 1999.
52. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:96-101.
53. Borrell C, Benach J, coordinadores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
54. Borrell C, Benach J, coordinadores. *L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
55. Borrell C, Benach J, Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill. Evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gac Sanit*. 2006;20:396-406.
56. Escolar A, editor. *Primer informe de desigualdades y salud en Andalucía*. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 2008.
57. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q*. 1998;76:306, 469-92.
58. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV, editores. *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:158-67.
59. Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gac Sanit*. 2005;19:277-85.
60. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:36-46.
61. Tercer plan andaluz de salud, 2003-2008 [citado 2 May 2008]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/plantilla.asp?t=Plan Andaluz de Salud&p=../contenidos/especiales/pas3/presenta3.htm&m=m0&c=pa>
62. Ajuts Llei de barris [citado 2 May 2008]. Disponible en: <http://www10.gencat.net/ptop/AppJava/cat/actuacions/departament/barris/ajutslleidebarris.jsp>