

# «Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar»

## Entrevista con Joan Benach y Carles Muntaner

Salvador López Arnal | 31-8-2008

Joan Benach y Carles Muntaner son directores de la Red de Condiciones de Empleo y Desigualdades en Salud (Emconet) que forma parte de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS que en agosto de 2008 publicó un informe global sobre la desigualdad en salud en el mundo. Ambos son expertos en el análisis de la desigualdad en salud, profesores de salud pública en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y la Universidad de Toronto, respectivamente, miembros de Científicos por el Medio ambiente (CIMA), y coautores del libro *Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: Libros de El Viejo Topo, 2005.

*La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, de la que ambos formáis parte, ha presentado el informe final de su estudio el 28 de agosto de 2008. En él se detallan las causas fundamentales que originan las desigualdades en salud en el mundo y diversas recomendaciones o acciones que cabría seguir para hacer frente a este tema. Para empezar, me gustaría preguntaros sobre qué es y cómo se expresa la desigualdad en salud ¿Podrías poner ejemplos? ¿Podrías definir qué debemos entender por desigualdades en salud?*

La desigualdad en salud es un fenómeno omnipresente tanto entre los países como en el interior de los mismos. Los ejemplos son muy variados. En el planeta mueren unos 12 millones de niños anualmente antes de alcanzar el quinto año de vida. Pues bien, el 98% de esas muertes ocurren en países de renta media y baja. Hoy en día una niña recién nacida en Suecia tiene una probabilidad de vivir 43 años más que una que nazca en Sierra Leona. También en los adultos hay claras desigualdades: la probabilidad de morir entre los 15 y 60 años es más de 10 veces superior en Lesoto, al sur de África, que en Suecia. Y los países ricos no están en absoluto exentos de desigualdad. Las áreas más pobres de la ciudad escocesa de Glasgow tienen una esperanza de vida 28 años menor que las zonas más ricas de esta ciudad. Algunos condados pobres

de los Estados Unidos tienen 17 años menos de esperanza de vida que los más ricos y en ese mismo país, si las tasas de mortalidad de la población de raza negra durante la década de los 90 hubieran sido iguales a las de raza blanca se hubieran evitado cerca de 900.000 muertes. En Australia, los varones indígenas viven unos 17 años menos como promedio que aquellos de origen no indígena. En España, en las áreas más deprimidas del país mueren cada hora cuatro personas (35.000 muertes al año) debido a la desigualdad social. Y así podríamos seguir con muchos más ejemplos.

En general podemos definir la desigualdad en salud como aquellas diferencias en salud que reúnen dos características clave: son *producidas socialmente*, puesto que su origen es político, económico o cultural, y son *injustas*, ya que se generan a través de situaciones económicas, culturales o políticas injustas que se pueden evitar.

*¿En qué grupos sociales se ceba más la desigualdad?*

En general, afecta sobre todo a los grupos más explotados, oprimidos o excluidos de la sociedad. Es decir, en los trabajadores y trabajadoras más pobres, en las clases sociales más explotadas (por ejemplo en situación de precariedad laboral); entre los más oprimidos, por ejemplo en las mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, en los desempleados sin recursos, o en los inmigrantes ilegales más pobres a quienes se les niega el trabajo; entre los excluidos, a personas sin techo o en situación de grave marginación social. La desigualdad tiene además un componente geográfico ya que estos grupos sociales suelen vivir en los barrios más *marginados* sufriendo una explotación, exclusión y opresión social múltiple: tienen menos recursos económicos y menos poder político, tienen peor atención sanitaria y servicios sociales, y están más expuestos a factores de riesgo perjudiciales para la salud, ya sean éstos de tipo social (violencia), laboral (despidos, bajos sueldos) o ambiental (contaminación).

*Da la sensación de que sobre este importante tema se habla poco, hablamos poco. ¿Es así?*

Como hemos apuntado, el fenómeno de la desigualdad en salud es un fenómeno muy extendido e importante pero a la vez curiosamente un tema poco conocido. Parafraseando a Saramago diríamos que es «invisible». Aunque en las últimas décadas se ha avanzado notablemente en el conocimiento generado a través de la epidemiología social y la salud pública, el catálogo de olvidos a la hora de afrontar las desigualdades en salud parece inagotable. Se podría resumir en los puntos siguientes. Primero, aún hoy en muchos países apenas si hay estudios que describan la desigualdad en salud. Por ejemplo, muchos países de ingresos medios y bajos no tienen o no dedican recursos suficientes para hacer frente a los habitualmente costosos estudios sobre desigualdades de salud que sí se pueden realizar en los países ricos. Paradójicamente, es en muchos de estos países donde ocurren las mayores desigualdades sociales, por ejemplo en China. Segundo, otras veces existen estudios pero éstos no analizan con detalle desigualdades por clase social, género, etnicidad, territorio, etc. Tercero, con frecuencia no hay datos gubernamentales que permitan conocer la evolución de esas desigualdades, es decir si éstas aumentan, se mantienen o reducen y en qué grupos sociales. Cuarto, con mucha menos frecuencia aún se realizan los análisis pertinentes que permitan entender las causas de las desigualdades en salud y la interacción entre las mismas. Quinto, aún menos estudios hacen referencia al análisis y evaluación de las acciones, intervenciones y políticas que se requieren para reducir las desigualdades en salud. Finalmente, para redondear nuestro catálogo de olvidos, se puede decir que ante un tema de tanta relevancia apenas si hay difusión y debate público sobre el tema. Aunque todo ello afecta sobre todo a los países más pobres, hay que decir que con la parcial excepción de los tres primeros apartados, tampoco en el resto de puntos los países ricos dedican los recursos humanos y económicos suficientes al tema.

*¿Cuáles serían las razones de ese olvido?  
¿Ideológicas, políticas...?*

Claro está, no podemos ser ingenuos. Si todo eso ocurre no es porque el tema no sea importante, sino porque la desigualdad en salud es el resultado de desigualdades económicas y políticas que se quieren minimizar u ocultar. Hay pocos investigadores interesados en el tema (es menos

controvertido dedicarse a la biología o a la psicología de la salud, por ejemplo) y pocos recursos para investigar. Y hay también una formación en salud, economía, y política inadecuadas que no presta atención al tema. Quizás aún peor, hay un *paradigma* biomédico dominante, digámoslo así, en que lo biológico, lo tecnológico, lo médico y clínico, los servicios sanitarios y los estilos de vida constituyen lo fundamental para entender cómo se genera y cómo hay que tratar la salud de la población. En general, la aproximación dominante enfoca la salud pública como un problema *técnico*, en que el sector privado tiene un gran interés económico, en lugar de tratar la salud pública como un problema económico y político que el estado democrático debiera considerar como un bien público. El enfoque tecnocrático, por cierto, es también el enfoque de muchas fundaciones, como la Fundación Bill-Melinda Gates, por ejemplo. Aparte de este enfoque, otra forma de evitar la cuestión de la desigualdad en salud es minimizar o ridiculizar el tema diciendo cosas como «eso ya lo sabemos», «no es nada nuevo», «no podemos hacer nada», etc. Eso ocurrió, por ejemplo, a inicios de los años 90, cuando los proponentes del acceso universal a la salud en Estados Unidos intentaban convencer del tema a Hillary Clinton cuando ella dirigía su malogrado intento de *reforma sanitaria*. Hillary les contestó: «contadme algo que sea interesante».

*¿Cuál es el origen de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud? ¿Cuáles son sus objetivos?*

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud, analizó los principales problemas de salud de la humanidad: enfermedades como las cardiopatías, la diabetes, el cáncer, o la obesidad, la falta de acceso a servicios de salud, el tabaquismo, los accidentes de tránsito, los problemas de salud mental, el control del VIH/SIDA, o la posible erradicación de varias enfermedades infecciosas. Junto a la puesta en marcha de muchas estrategias y resoluciones, el entonces Director General de la OMS, el coreano Lee Jong-wook, anunció también la creación de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que reuniera la evidencia existente sobre las causas sociales (por ejemplo, políticas y económicas) que generan las desigualdades en salud y sobre las posibles formas de reducirlas. Dicho con algo más de detalle, los principales objetivos de la Comisión podrían enunciarse así: recoger y resumir la información

científica disponible sobre cómo factores sociales como las relaciones de empleo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el sexo, el ambiente urbano, o el desarrollo infantil generan desigualdades de salud en el mundo entero y generar recomendaciones políticas para su reducción.

*¿Qué personas habéis formado parte de la Comisión?*

El número de personas que ha intervenido es muy numeroso: científicos, expertos de la OMS y otros organismos de la ONU, políticos y, algo poco común en otras comisiones, también miembros de la llamada sociedad civil, como las ONG. El director de la Comisión, el epidemiólogo británico de origen australiano Michael Marmot, ha estado acompañado por un amplio grupo de comisionados del mundo de la política y la ciencia entre los que se incluye el expresidente de Chile Ricardo Lagos, el senador italiano Giovanni Berlinguer y el Premio Nobel de Economía Amartya Sen. Además, en todo el proceso han jugado un papel muy importante las llamadas «Redes de conocimiento» (una de las cuales tiene a los autores de este artículo como directores) o grupos de investigación (con decenas de miembros cada uno de ellos) que han realizado el trabajo de resumir el conocimiento científico disponible en áreas específicas como las ya citadas (las relaciones de empleo, el sexo, la exclusión social, etc.), así como sugerir recomendaciones políticas que puedan ser evaluadas por el director de la Comisión y los comisionados para escribir el informe final. Tras tres años de trabajo y la elaboración de muchos trabajos preliminares, reuniones y discusiones, el 28 de agosto de 2008 la nueva directora de la OMS Margaret Chan presentó el informe final de la Comisión donde se reflejan sus principales conclusiones y recomendaciones.

*¿Cuál ha sido vuestra aportación? ¿Qué trabajos habéis realizado y cuáles son vuestros planes inmediatos?*

En nuestro caso, nosotros hemos coordinado la Red de Condiciones de Empleo, Trabajo y Desigualdad en Salud (EMCONET). El objetivo fundamental de nuestra red ha sido describir y explicar cómo las condiciones de empleo y trabajo influyen en la producción mundial de desigualdades en salud, y generar recomendaciones para ayudar a su reducción.

Hasta ahora hemos realizado dos informes para la OMS, uno con carácter preliminar que puede

consultarse en la web ([www.emconet.org](http://www.emconet.org)), y otro informe final para la Comisión para ayudar a establecer sus conclusiones y recomendaciones. Ese informe final puede consultarse también en una página web de la OMS ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/emconet\\_who\\_report.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf)). En los próximos meses nuestro objetivo inmediato es terminar un libro aún más completo sobre el tema que puede ser útil como libro de referencia internacional que pueda influir política y académicamente. En él reuniremos todo el trabajo realizado hasta ahora traduciéndolo a varios idiomas para ayudar a su difusión internacional. Con ello, además de con diversas publicaciones científicas y de divulgación, esperamos contribuir a que se conozca y planteen intervenciones políticas en un tema de tanta importancia como el impacto de las condiciones de empleo y trabajo sobre la desigualdad en salud.

*¿Puede llegar a ser efectiva la Comisión?  
¿Puede llegar a tener impacto en la acción política?*

Creemos que la formación de la Comisión y la publicación de los distintos trabajos que se han realizado representan un importante paso para la salud pública global, comparable a los primeros documentos de la OMS sobre los efectos nocivos del tabaco o la conferencia de Alma Ata sobre salud primaria. Un primer objetivo es intentar conseguir que muchos millones de personas conozcan por vez primera este tema y que, cuando menos, se conozcan tres puntos esenciales: que existe un fenómeno de salud pública muy importante llamado «desigualdad en salud»; que éste se produce fundamentalmente por causas económicas y políticas; y que podemos actuar políticamente para cambiar esa realidad. Este último es otro objetivo clave. Hasta ahora, países como Brasil, Canadá, Chile y Sri Lanka han empezado ya a tener en cuenta las recomendaciones de la Comisión para pensar en la puesta en práctica de políticas encaminadas a reducir las desigualdades en salud. Además, en el otoño del 2008 se realizará una reunión en Bamako (Malí) donde se discutirá un resumen con las principales recomendaciones políticas entre los ministros de salud de los países miembros de la ONU. Si de todo ello va o no a resultar un cambio político que sitúe el tema en un primer plano de los objetivos políticos de los gobiernos afectados es algo que está por ver, aunque es poco probable. Como en cualquier otro tema, el impacto que pueda tener una Comisión de la OMS dependerá de las distintas posturas ideológicas y de

las correlaciones de fuerzas políticas que existan en cada país.

*Os pregunto entonces por las causas de la salud y la desigualdad en salud comentadas por la Comisión. ¿Cuál sería el mapa de causas que deberíamos tener presente?*

Las causas de la salud y la desigualdad son múltiples. Para la que podemos denominar *ideología biomédica dominante* las principales causas que en la actualidad producen los problemas de salud y, por extensión, la desigualdad en salud tienen que ver con las causas genéticas, las *elecciones personales*, como las prácticas dietéticas o el hábito de fumar o, en otro plano, con el acceso y calidad de los servicios sanitarios disponibles. Sin embargo, todas esas causas no pueden explicar las desigualdades en la salud de la población. Las causas fundamentales se encuentran en otra parte, en el complejo entramado de factores económicos y políticos presentes en cada comunidad.

*Sin embargo, en los medios de comunicación se habla mucho de los factores genéticos y de su importante impacto en la salud. ¿Es tan importante cómo se suele decir? ¿Qué papel juegan realmente?*

Lo primero que habría que reconocer es que a pesar de los grandes avances realizados en los últimos años, el conocimiento sobre la genética y su impacto en las enfermedades es aún muy limitado. En relación con las desigualdades en salud su papel es poco relevante por varias razones. En primer lugar, porque hay muy pocas enfermedades *puramente* genéticas y éstas afectan a un porcentaje de población muy pequeño. Segundo, porque los factores biológicos interactúan constantemente con el ambiente y una desventaja inicial genética puede ser habitualmente compensada mediante un cambio social. Tercero, porque la predisposición genética casi nunca produce efectos inevitables y muchas causas de muerte cambian su patrón social a lo largo de los años debido a causas de origen social e histórico. Y porque las desigualdades en salud entre clases sociales aparecen en un gran número de enfermedades distintas, lo cual nos hace pensar en la gran importancia del medio social en la producción de la salud. Además, los grandes cambios de salud en poblaciones ocurren con una rapidez que no se puede explicar por medios biológicos. Un ejemplo es la extensión del sida en África, y otro, la reducción en la esperanza de vida en Rusia durante los años 90.

*¿Qué decir de otro factor también muy popular como son los estilos de vida? ¿Podemos decir que hoy en día los ciudadanos pueden elegir llevar una vida saludable?*

La respuesta ha de ser negativa. Hoy en día alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir libremente comportamientos relacionados con la salud. Entre ellos encontramos factores tan importantes como poder tener una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable, o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud. Habitualmente solemos escuchar por parte de las autoridades sanitarias mensajes muy conocidos que, supuestamente, constituyen lo más importante para proteger nuestra salud: «No fumes», «haz ejercicio», «bebe con moderación», etc. Para ayudar a contrarrestar esa visión tan *individualista* de la salud, hace ya años, David Gordon, un salubrista británico tuvo una idea curiosa: sugerir una lista de recomendaciones alternativas centradas en lo social. Por ejemplo, él decía cosas como: «no seas pobre, pero si lo eres deja de serlo lo antes posible»; «no vivas en un barrio pobre y contaminado»; «no realices un trabajo precario y mal pagado», etc. Con eso él quería subrayar la gran importancia de los determinantes sociales en la salud pública, muy por encima de los mal llamados *estilos de vida* y lo ridículo que resulta pretender que la mayoría de las personas pueda escoger estos *estilos de vida*. Y son mal llamados porque realmente no se trata de *estilos de vida personales*, sino de conductas muy influidas por factores sociales. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede.

*¿A qué llama la Comisión las causas de las causas?*

A pesar de reconocer la importancia de los factores genéticos, los llamados *estilos de vida* o los servicios sanitarios como factores que dañan la salud de las personas, la Comisión ha puesto el acento en lo que llama las *causas de las causas*, es decir, en el conjunto de factores sociales, económicos y políticos que anteceden a la generación de causas como las citadas. Los múltiples estudios científicos recogidos por la Comisión muestran cómo, en comparación con las personas que tienen más riqueza, educación y poder, las personas de las clases sociales más pobres y explotadas son quienes tienen a la vez los peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales, y servicios de salud que, finalmente,

se manifiestan en un peor estado de salud. Entre los factores sociales la Comisión destaca las malas condiciones de empleo con una mayor precariedad laboral, el no poseer una vivienda digna y bien acondicionada, el no disponer de agua limpia, la falta de protección y servicios sociales, o el no tener los recursos económicos, educativos y las oportunidades necesarias para llevar una vida saludable como tienen las personas en mejor situación económica, cultural o política. La combinación *tóxica* de factores sociales —demuestra la Comisión— daña la salud de las personas en peor situación social y empeora también otros factores de riesgo ya que, por ejemplo, las clases sociales más pobres tienen menos recursos y oportunidades de alimentarse adecuadamente, fuman y beben en exceso con mayor frecuencia debido a su estrés, sus servicios sanitarios son más incompletos y de menor calidad. Todo ello daña a su biología, genera enfermedad y aumenta el riesgo de fallecer. La investigación de la Comisión también muestra cómo la hipercolesterolemia o la diabetes son más frecuentes entre las clases sociales pobres y cómo también se producen con más frecuencia entre ellas las alteraciones genéticas que producen un mayor número de cánceres y enfermedades.

Para ayudar a clarificar qué son las *causas de las causas*, podemos pensar en un ejemplo concreto: un accidente de trabajo mortal producido por un resbalón. Ante eso, podemos pensar en un nivel de causas con eso que se da en llamar *culpabilizar a la víctima*. Por ejemplo, ¿tomó el trabajador precauciones? ¿Llevaba un calzado antideslizante adecuado? ¿Había bebido? Pero también podemos pensar en otras causas de esas posibles causas: ¿Se tomaron las acciones preventivas apropiadas por parte de la empresa? ¿Se cumplió la ley de prevención de riesgos laborales? ¿Se hicieron las inspecciones necesarias? ¿Se destinaron los recursos económicos suficientes para asegurar la prevención y que el trabajador no resbalara? ¿Se realizaron las políticas sociales y de salud adecuadas para ayudar a que se pusieran en práctica acciones preventivas efectivas? Y así, sucesivamente. En definitiva, son todas las causas que, como decíamos antes, hacen que los grupos sociales sin recursos y poder (la clase trabajadora) vivan en sus carnes la desigualdad en salud, la peor epidemia de nuestro tiempo.

*Pero entre esos factores sociales que comentáis, ¿se incluyen también los factores políticos? ¿No es eso también importante?*

Efectivamente, mencionas un punto central. Aunque hemos visto como la desigualdad social antecede a la desigualdad en salud, nos podemos preguntar: ¿cuál es el origen de la desigualdad en los factores sociales que finalmente producen la desigualdad en salud? Esta deriva de algo en lo que la Comisión no ha puesto mucho énfasis pero sí lo hacemos nosotros. Enmendando la plana al presidente de la Comisión cuando habla de «las causas de las causas», nosotros hemos hablado de *las causas de las causas de las causas*, es decir, de la desigual distribución en el poder económico y social existente entre y dentro de los países que condiciona las políticas sociales y económicas, que a su vez influye en la salud de las personas. Todo ello, como hemos comentado, se *expresa* en forma de mala salud en aquellos grupos sociales más oprimidos o explotados por razón de su clase social, sexo, etnia, estatus migratorio, edad o ámbito geográfico de origen. Finalmente, para completar un poco este complejo tema, también deberíamos al menos citar los mecanismos específicos de producción de desigualdad en salud que tienen que ver con temas como la explotación, la discriminación, o la coerción, entre otros, y que están siendo objeto de investigaciones especializadas.

*En ese enmendar la plana que comentáis, ¿creéis que la Comisión no trata suficiente y adecuadamente los factores políticos en su informe?*

Nuestra respuesta ha de ser rotundamente negativa, su tratamiento no es suficiente ni adecuado. Aunque nosotros y otras personas hemos logrado introducir elementos de igualitarismo económico y político y también sobre el papel del estado en la redistribución de la riqueza y garantizar los derechos humanos, la terminología del informe a veces confunde más que aclara. Por ejemplo, gobierno, ideología y partidos políticos se convierten en una especie de *gestión política o comunitaria*; el poder político se convierte de forma ambigua en *empoderamiento*; la solidaridad de clase se convierte en *capital social*, y así sucesivamente. Además, las recomendaciones del informe son un tanto timoratas, quedándose en un ámbito demasiado genérico del tipo de hay que *mejorar las condiciones de vida, repartir recursos o hacer más estudios*. En cambio, no hay ningún análisis que trate los problemas intrínsecos del capitalismo neoliberal o el capitalismo en general, sobre la desigualdad de clase como motor del crecimiento capitalista, ni tampoco sobre el rol del imperialismo,

ni sobre las alternativas socialistas en América Latina, entre otras ausencias notables. De todos modos, hay que decir que en los trabajos, discusiones e informes preliminares las relaciones de poder estaban claramente ausentes. En cambio, en su informe final la Comisión cita con algo más de profusión algunos aspectos políticos y relacionados con el poder. Tenemos la convicción de que ha sido gracias a algunos miembros de la sociedad civil politizados, a algunas personas con visión crítica, y a nosotros mismos a través de la defensa de nuestros puntos de vista en los debates e informes que hemos podido influir en alguna medida a la Comisión *politizando* un poco tanto su enfoque como sus conclusiones.

*¿No exageráis un poco, para llamar la atención social y política, cuando afirmáis que la desigualdad en salud es la peor epidemia de nuestro tiempo?*

No, en absoluto. El impacto de la desigualdad social en la salud pública del planeta es gigantesco. Ya hemos puesto varios ejemplos y podemos citar muchos más. Una niña de Lesotho en Sudáfrica vive media vida en comparación con una nacida en Japón. El riesgo de que una mujer sueca muera durante el embarazo o el parto es de 1 entre 17.400 mientras que el de una afganesa es de 1 entre 8. En Uganda, 200 de cada 1000 niños nacidos en los hogares más pobres morirá antes de su quinto cumpleaños mientras que en los países ricos sólo morirán 7 de cada 1000. Si todo el planeta consiguiera alcanzar el nivel de mortalidad infantil que tiene Islandia (la más baja del mundo en 2002), cada año podría evitarse la muerte de unos 12 millones de niños. Tres datos sirven de referencia para valorar la importancia de este hecho: en ese mismo año murieron más de un millón y medio de personas de tuberculosis, más de un millón de malaria y casi tres millones de sida. Si puede decirse que cada civilización crea sus propias enfermedades y sus propias epidemias, las investigaciones muestran que la enfermedad más importante de nuestra época, la epidemia más devastadora, no son esas enfermedades sino la desigualdad de la salud.

*¿Qué hacer entonces para reducir las desigualdades en salud? ¿Cuáles serían vuestras principales recomendaciones?*

Sin transformar la estructura económica y política a nivel nacional e internacional, es decir las desigualdades de poder y de recursos económicos

que atenazan al planeta no será posible reducir las desigualdades en salud. Por ello hace falta empezar por aumentar la igualdad social con un reparto más equitativo de la riqueza y una redistribución más igualitaria del poder internacional. En alguna medida uno podría decir que ello ya está ocurriendo en el ámbito político y militar. Desgraciadamente, ninguno de los nuevos actores como son China, Rusia, Brasil, e India, tiene un programa político igualitario por el momento. Necesitamos por tanto políticas fiscales progresivas y políticas sociales que reduzcan el desempleo, la precariedad laboral y la marginación y que incrementen el acceso y la calidad de la educación, la vivienda y los servicios sanitarios entre quienes más lo necesitan. Ello está ocurriendo a nivel regional en América Latina, lo cual a pesar de sus insuficiencias es causa de optimismo. Sin embargo, sabemos que las desigualdades de la salud persisten incluso en aquellas sociedades que poseen la menor desigualdad de renta, la mejor educación pública, y el más elevado nivel de salud pública y de servicios sanitarios. Es el caso por ejemplo de algunas socialdemocracias escandinavas. La insuficiencia de las mismas nos lleva a la idea de superar el sistema capitalista con alternativas que no generen o limiten al máximo desigualdades económicas y de salud.

*¿Pensáis entonces que bajo el capitalismo, bajo la actual globalización neoliberal, pueden reducirse las desigualdades en salud hasta un nivel mínimo o muy bajo?*

Aunque desde luego en la situación actual es posible lograr notables reducciones en cuanto a la desigualdad social y la desigualdad en salud a través de varias formas de socialdemocracia y capitalismo de estado, creemos inevitable que se alcance rápidamente un límite *igualitario* en estos sistemas y que no se pueda avanzar más, a menos que se logre crear un modelo económico y social alternativo al capitalismo. De hecho, nuestros análisis muestran que a pesar de su elevado nivel general de salud, las socialdemocracias europeas no producen grandes reducciones en las desigualdades de salud entre las clases sociales, si las comparamos con otras formas de capitalismo europeo.

*Da la impresión de que hasta ahora apenas si hay debate público sobre este tema.*

*¿No hay partidos, países, sindicatos o movimientos sociales sensibles al tema? Y si ello es así ¿por qué ocurre eso?*

Es cierto, con muy pocas excepciones hasta ahora los partidos políticos, los sindicatos, los movimientos sociales y los ciudadanos en general no han percibido la desigualdad en salud como un tema fundamental que tiene sus raíces y sus soluciones en la acción política. No tenemos una explicación completa del tema, algo que merecería un estudio en sí mismo, pero probablemente una de las razones más importantes tiene que ver con algo que antes apuntábamos: la ideología biomédica dominante, un tema fundamental relacionado con la falta de educación social y política en los temas médicos y de salud. Otro asunto es la debilidad general ideológica y política de la izquierda en muchos países que hace que la izquierda esté en muchos temas a la defensiva. No debemos olvidar que, en general, actualmente existen muy pocos debates sobre la desigualdad social, un tema que los partidos de izquierda, o incluso los sindicatos, parecen haber casi olvidado. Por ejemplo, los activistas y los políticos de izquierda han de dedicar tantos esfuerzos a evitar la privatización de los servicios sanitarios que no tienen tiempo, energía o interés en analizar y oponerse a un tema fundamentalmente político y no sanitario.

*Desde un punto de vista social o político, ¿por qué creéis importante conocer cual es la situación y evolución de la desigualdad en salud?*

Se trata de un punto que nos parece tiene gran relevancia. La reducción de la desigualdad en salud debiera constituir una prioridad de la agenda política de cualquier gobierno y administración pública. ¿Por qué? Pues para hacer *visible* el tema. Para nosotros las desigualdades en salud constituyen una de las mejores maneras de que disponemos para valorar los logros sociales de que disfruta una comunidad o para entender el impacto de las injusticias sociales que ésta sufre. Así pues, necesitamos tener diversas maneras de analizar y

medir la desigualdad en salud entre y dentro de los países con los que disponer de un indicador clave para medir el grado de justicia social de una sociedad determinada.

*Para finalizar, al pensar en la desigualdad en salud, ¿podrías resumir brevemente cuáles serían vuestras principales conclusiones?*

Podríamos plantear tres conclusiones interrelacionadas. La primera es que el objetivo de que la población aumente su salud y calidad de vida, y reduzca el nivel de sufrimiento ligado a las desigualdades de salud tiene un componente económico y político central, y que, por tanto, este logro debe ser considerado un derecho humano fundamental. La segunda conclusión es constatar como muchas investigaciones científicas muestran con rotundidad como la pobreza, la desigualdad, y los mecanismos generadores de las mismas como son la explotación, la discriminación, la exclusión, y la opresión, omnipresentes bajo la actual globalización neoliberal, son las causas fundamentales de las desigualdades en salud, la muerte prematura y el sufrimiento de miles de millones personas. Y tercera, si realmente se quiere conseguir que la población mejore sustancialmente su nivel de salud y se reduzca la desigualdad, inevitablemente habrá que hacer frente a intereses muy poderosos y cambiar de forma drástica la mayoría de los sistemas políticos y económicos actuales.

*Gracias a ambos, gracias por vuestro tiempo y por vuestras informaciones y argumentaciones. ¡Y suerte con el informe!*



**Salvador López Arnal**  
www.rebellion.org