



**COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES
DE LA SALUD**



**ACCIÓN SOBRE LOS FACTORES SOCIALES DETERMINANTES
DE LA SALUD: APRENDER DE LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES**

Documento de información preparado para la Comisión
sobre Determinantes Sociales de la Salud

Marzo de 2005

Organización Mundial de la Salud

Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
http://www.who.int/social_determinants/en/

Correo electrónico: csdh@who.int

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

La elaboración de este documento con motivo de la primera reunión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud estuvo a cargo de la secretaría de la Comisión, que tiene su sede en el Equipo de Salud y Equidad de la OMS, Oficina del Subdirector General del Grupo Orgánico de Pruebas Científicas e Información para las Políticas, OMS, Ginebra. Los principales autores fueron Alec Irwin y Elena Scali. Otros miembros de la secretaría de la Comisión han realizado aportes valiosos, concretamente Jeanette Vega y Orielle Solar. Los posibles errores son responsabilidad exclusiva de los autores principales.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
LISTA DE ABREVIATURAS	6
INTRODUCCIÓN	7
1. PANORAMA HISTÓRICO	9
Las raíces del enfoque social de la salud	9
Los años cincuenta: concentración en la tecnología y campañas contra enfermedades específicas	9
1.3 Los años sesenta y primeros de los setenta: auge de los enfoques comunitarios.....	11
1.4 La cristalización de un movimiento: Alma-Ata y la atención primaria de salud.....	13
1.5 La estela de Alma-Ata: "Buena salud a bajo costo"	14
1.6 Auge de la atención primaria de salud selectiva	21
1.7 El contexto político-económico de los años ochenta: neoliberalismo	24
1.8 De los años noventa en adelante: paradigmas refutados y cambio en las relaciones de poder	27
1.8.1 Debates sobre desarrollo y globalización	27
1.8.2 Señales contradictorias de la OMS	29
1.8.3 Enfoques de los determinantes sociales de la salud a escala de un país.....	31
1.9 Principios del siglo XXI: crece el impulso y nuevas oportunidades	41
2. TRASLADAR TODO ESTO AL SIGUIENTE NIVEL: LA COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	43
2.1 Objetivos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	43
2.2 Cuestiones clave para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	44
2.2.2 Previsión de la resistencia potencial a los mensajes de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y preparación estratégica	48
2.2.3 Identificación de los aliados y las oportunidades políticas.....	54
2.2.4 Datos probatorios, procesos políticos y "línea histórica" de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.....	59
CONCLUSIONES.....	61

RESUMEN EJECUTIVO

Actualmente, **existe** la oportunidad sin precedentes de mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo atacando la raíz de las causas de las enfermedades y las inequidades en materia de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como determinantes sociales de la salud. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) conforman la agenda de desarrollo mundial actual. Los ODM reconocen la interdependencia de la salud y las condiciones sociales y brindan una oportunidad para promover las políticas sanitarias que abordan las raíces sociales del sufrimiento humano injusto y evitable.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) está preparada para liderar este proceso. No obstante, para alcanzar sus objetivos, la CDSS debe aprender de la historia de intentos anteriores para estimular la acción sobre los determinantes sociales de la salud. En el presente documento se pretende dar tres respuestas: 1) ¿Por qué no tuvieron **éxito** los intentos anteriores para promover políticas sanitarias sobre los determinantes sociales? 2) ¿Por qué creemos que la CDSS puede hacerlo mejor? 3) ¿Qué puede aprender la Comisión de las experiencias anteriores, negativas y positivas, para aumentar sus perspectivas de **éxito**?

Las dimensiones sociales de la salud estaban sólidamente afirmadas en la Constitución de la OMS de 1948, pero se eclipsaron posteriormente durante una época en la que la salud pública estuvo dominada por programas verticales basados en la tecnología. Los determinantes sociales de la salud y la necesidad de acción intersectorial para abordarlos reaparecieron con fuerza con el movimiento de Salud para Todos bajo la dirección de Halfdan Mahler. La acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud fue clave para el modelo de atención primaria de salud integral propuesto para encauzar el programa Salud para Todos después de la conferencia de Alma-Ata en 1978. Durante este período, algunos países con bajos ingresos dieron un paso de gigante, reflejado en las estadísticas sanitarias de la población, gracias a enfoques que incluían la acción sobre los determinantes sociales clave. Rápidamente, sin embargo, una versión reducida de la atención primaria, "la atención primaria de salud selectiva", aumentó su influencia. La atención primaria de salud selectiva estaba centrada en un número pequeño de intervenciones de bajo costo y eficacia probada y restaba importancia a la dimensión social. El ejemplo más notable de atención primaria de salud selectiva fue la estrategia VRIL (vigilancia del crecimiento, rehidratación oral, inmunización y lactancia materna) impulsada por UNICEF en su "revolución en materia de supervivencia infantil". El contraste entre los enfoques de la atención primaria de salud (APS) integral y selectiva plantea cuestiones estratégicas para la CDSS.

Como ocurrió con otros aspectos de la atención primaria de salud integral, la acción sobre los factores determinantes se debilitó debido al consenso económico y político neoliberal preponderante en los años ochenta y siguientes, caracterizado por el énfasis en la privatización, la desregulación, la reducción del papel del Estado y la liberalización de los mercados. Bajo la prolongada supremacía de las variantes del neoliberalismo, la acción

estatal para mejorar la salud mediante la corrección de las inequidades sociales subyacentes parecía imposible en muchas situaciones. En los noventa se percibió una creciente influencia del Banco Mundial en la política sanitaria mundial, combinada con mensajes de la OMS. No obstante, durante este período surgieron adelantos científicos importantes para la comprensión de los determinantes sociales de la salud y a finales de los años noventa varios países, en particular en Europa, empezaron a diseñar y aplicar políticas sanitarias innovadoras para mejorar la salud y reducir las inequidades en materia de salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Estas políticas apuntaban a diferentes puntos de acceso. La más ambiciosa estaba orientada a alterar las características de la desigualdad en la sociedad mediante mecanismos redistributivos de gran alcance. Los programas paliativos menos radicales trataban de proteger a las poblaciones desfavorecidas de formas específicas de exposición y vulnerabilidad ligadas a su situación socioeconómica inferior.

Los primeros años del siglo en curso han visto una oscilación pendular en la política de salud mundial. La salud ocupa más que nunca un lugar preponderante en la agenda de desarrollo internacional, y son cada vez más los interesados directos que reconocen la inadecuación de las estrategias sanitarias que no están dirigidas a atacar las raíces sociales de la enfermedad y el bienestar. Se está creando un impulso para la acción sobre las dimensiones sociales de la salud. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron adoptados por 189 países en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en 2000. En ellos se establecen metas ambiciosas para el año 2015 relacionadas con la reducción de la pobreza y el hambre; la educación; el empoderamiento de las mujeres; la salud infantil; la salud materna; la contención de las enfermedades epidémicas; la protección del medio ambiente y el desarrollo de un sistema justo de comercio mundial. Los ODM han creado un clima favorable para la acción multisectorial y ponen de relieve la conexión entre la salud y los factores sociales. Un número cada vez mayor de países está ejecutando las políticas sobre los determinantes sociales de la salud, pero hay una necesidad urgente de ampliar este impulso a los países en desarrollo donde los efectos de los determinantes sociales de la salud son sumamente perjudiciales para el bienestar humano. Este es el contexto en el que la CDSS empezará su trabajo.

Según la visión histórica hay cuatro áreas temáticas clave, que los vocales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud tendrán presente para adoptar decisiones estratégicas en una fase temprana de su proceso. 1) La primera atañe al alcance del cambio que la Comisión tratará de impulsar y los puntos de acceso de políticas adecuados. Aquí la CDSS se enfrentará con su propia versión de la elección entre la atención primaria de salud integral y selectiva que enfrentó a los líderes de salud pública en los años ochenta. La CDSS necesitará criterios de evaluación para reconocer los puntos de acceso de políticas adecuados para diferentes países o jurisdicciones. 2) Se puede prever la posible resistencia de diversas circunscripciones a los mensajes de la CDSS, en este caso la Comisión debe procurar atraerlas con antelación. La Comisión querrá seleccionar un conjunto de posibles "victorias rápidas" para ella misma y para los líderes políticos nacionales con derecho a un programa sobre determinantes sociales de la salud. Los vocales de la Comisión desearán elaborar una estrategia para el diálogo con las instituciones financieras internacionales, en particular el Banco Mundial. 3) La CDSS también se beneficiará de oportunidades políticas excepcionales. Se situará convenientemente dentro de los procesos mundiales y nacionales

conectados con los ODM. Las alianzas tanto con los medios empresariales como con la sociedad civil son posibles, pero se deberán gestionar los intereses en competencia. La oportunidad y los límites de los argumentos económicos en favor de las políticas sobre los determinantes sociales de la salud quedan pendientes de aclaración y tales discusiones plantean preguntas éticas más profundas. 4) Además de los datos probatorios bien fundamentados, la Comisión necesita una "línea histórica" persuasiva y de propiedad colectiva sobre los determinantes sociales de la salud, en el que se puedan incluir y comunicar los datos probatorios. ¿Qué es lo que la CDSS quiere contar sobre las condiciones sociales y el bienestar humano?

Con la respuesta a las preguntas planteadas, la Comisión dirigirá una iniciativa mundial para proteger a las familias vulnerables y velar por la salud de las generaciones futuras atacando las enfermedades y el sufrimiento en sus raíces.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCSS : *Caja Costarricense del Seguro Social* (Costa Rica)

PSC: programas de salud comunitaria

CMS: Comisión sobre Macroeconomía y Salud

CDSS: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud/

G-8: Grupo de los Ocho

BSBC: *Buena salud a bajo costo* (Fundación Rockefeller)

VRIL: vigilancia del crecimiento, la rehidratación oral, la inmunización, la lactancia materna

ZAS: zonas de acción sanitaria (Reino Unido)

SPT: Salud para Todos

PPME: países pobres muy endeudados

RSS: reforma del sector de la salud

AIS: acción intersectorial para la salud

FMI: Fondo Monetario Internacional

IFI: instituciones financieras internacionales

MS: ministerio de salud

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ONG: organización no gubernamental

APS: atención primaria de salud

DELP: Documentos de la estrategia de lucha contra la pobreza

PSR: Programa de Salud Rural (Costa Rica)

PAE: programas de ajuste estructural

DSS: determinantes sociales de la salud

APSS: atención primaria de salud selectiva

RU: Reino Unido

ONU: Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

EE. UU.: Estados Unidos de América

AMS: Asamblea Mundial de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OMC: Organización Mundial del Comercio

ACCIÓN SOBRE LOS FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE LA SALUD: APRENDER DE LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES

INTRODUCCIÓN

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial^{i,ii,iii}, iv. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidas a los determinantes sociales^{v,vi}.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reconocen esta interdependencia entre la salud y las condiciones sociales. El marco de los ODM muestra que sin logros significativos en la reducción de la pobreza, la seguridad alimentaria, la educación, el empoderamiento de las mujeres y la mejora de las condiciones de vida en los barrios pobres, muchos países no alcanzarán las metas de salud^{vii, viii}. Quede claro que si no hay progreso en la salud, los otros propósitos de los ODM también quedarán fuera de alcance. Actualmente, la agenda de desarrollo internacional configurada por los ODM brinda una oportunidad decisiva para promover las políticas sanitarias que abordan las raíces sociales del sufrimiento humano injusto y evitable.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) está preparada para liderar este proceso. No obstante, para alcanzar sus objetivos debe aprender del pasado. En los años setenta y ochenta, la estrategia mundial de Salud para Todos recalcó la necesidad de abordar los determinantes sociales, sin embargo, estas recomendaciones rara vez se tradujeron en políticas eficaces. A mediados de los noventa surgieron nuevamente los mensajes con fuerza sobre los determinantes sociales de la salud, pero una vez más la ejecución de las políticas apenas progresó en los países en desarrollo donde las necesidades son mayores. Comprender las razones de estos fracasos es fundamental para la CDSS a la hora de planificar una estrategia eficaz.

Como aporte al proceso de estrategia, este documento intenta arrojar luz sobre tres preguntas conexas:

1. ¿Por qué no tuvieron éxito los intentos anteriores para promocionar las políticas sanitarias sobre los determinantes sociales?
2. ¿Por qué creemos que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud puede hacerlo mejor?

3. ¿Qué puede aprender la Comisión de las experiencias anteriores, negativas y positivas, para aumentar sus perspectivas de éxito?

La primera parte de este estudio examina los intentos anteriores más importantes para abordar los determinantes sociales teniendo en cuenta los contextos políticos en los que se realizaron. En la segunda se exponen una serie de temas estratégicos clave basados en el registro histórico y se describen los factores que deben permitir a la CDSS catalizar una acción eficaz.

Hay una cuestión léxica que requiere una aclaración previa. Uno de los mensajes principales de la Comisión es que las políticas y las intervenciones, a diferencia de lo que ocurre en el sector de la salud tradicional, deben entenderse como parte de una política sanitaria sólida. La "política sanitaria" no es lo mismo que la "política de asistencia sanitaria". En las siguientes páginas, términos como las "políticas de determinantes sociales de la salud" y los "enfoques de determinantes sociales de la salud" se usan como abreviatura para ahorrar tiempo. Estos términos se refieren a las *políticas sanitarias que abordan los determinantes sociales de la salud*.

1. PANORAMA HISTÓRICO

Las raíces del enfoque social de la salud

Se reconoce desde antiguo que los factores sociales y ambientales influyen decisivamente en la salud humana. Las campañas sanitarias del siglo **XIX** y gran parte del trabajo de los fundadores de la salud pública moderna reflejan que eran conscientes de la estrecha relación entre la posición social de las personas, las condiciones de vida y sus consecuencias para la salud. Rudolf Virchow (1821-1902) preguntaba: ¿"No comprobamos que las enfermedades del pueblo nos llevan siempre a los defectos en la sociedad"?^{ix} La investigación epidemiológica reciente ha confirmado el papel central de los factores sociales y ambientales en las grandes mejoras de salud registradas en la población de los países industrializados a principios del siglo **XIX**. Los análisis de McKeown revelan que gran parte de la moderna reducción de la mortalidad debida a enfermedades infecciosas como la tuberculosis se produjo antes de emplear tratamientos médicos eficaces. De hecho, las principales fuerzas impulsoras de la reducción de la mortalidad fueron los cambios en cuanto al suministro alimentario y las condiciones de vida.¹

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, redactada en 1946, muestra que los fundadores de la Organización deseaban que la OMS abordara las raíces sociales de los problemas de salud, así como los retos de proporcionar una atención médica curativa eficaz. La Constitución define la salud como "un estado de pleno bienestar físico, mental y *social*" (subrayado nuestro), y señala que la finalidad de la Organización es "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible" de ese estado.² Las funciones básicas de la Organización incluyen la colaboración con los Estados Miembros y los organismos especializadas apropiados "para promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos de la higiene del medio", según sea necesario para lograr progreso en la salud. La Constitución prevé, pues, una integración propicia de los métodos biomédicos, tecnológicos y sociales de la salud, aunque esta unidad a menudo se ha deshecho a lo largo de la historia de la Organización^{xii}.³

Los años cincuenta: concentración en la tecnología y campañas contra enfermedades específicas

La Constitución de la OMS deja espacio para un modelo social de la salud vinculado a vastos

¹ x McKeown T. 1976. *The Modern Rise of Population*. Nueva York: Academic Press.

² xi Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948.
http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record={9D5}&softpage=Document42

³ xii Bonita R, Irwin A, Beaglehole R. En prensa. *Promoting public health in the 21st century: the role of WHO*. In: Kawachi I and Wamala S, eds. *Globalization and health*. Nueva York: Oxford UP.

compromisos con los derechos humanos. Sin embargo, el contexto político de la guerra fría que siguió a la segunda guerra mundial y la descolonización obstaculizaron la aplicación de esta visión y favorecieron un enfoque más apoyado en las tecnologías sanitarias despachada a través de campañas revestidas de una impronta "militarista"^{xiii4}. Diversos factores históricos impulsaron esta modalidad. Uno de ellos fue la sucesión de grandes adelantos en la investigación de medicamentos que dio lugar en este período a una serie de antibióticos nuevos, vacunas y otros medicamentos, lo que infundió en los profesionales sanitarios y el público en general la idea de que la tecnología encerraba la respuesta a los problemas mundiales de salud. Este auge también impulsó la industria farmacéutica moderna, destinada a convertirse no sólo en una fuente de beneficios científicos, sino también en una fuerza política cuyo poder de presión influiría cada vez más en las políticas sanitarias nacionales e internacionales. Otro cambio clave en el contexto político fue la retirada temporal en 1949 de la Unión Soviética y otros países comunistas de las Naciones Unidas y sus organismos respectivos. Después de la retirada soviética, los organismos de las Naciones Unidas, incluida la OMS, quedaron más firmemente bajo la influencia de los Estados Unidos. A pesar de la función clave de los EE.UU. en la redacción de la Constitución de la OMS, los funcionarios estadounidenses se mostraron reacios en ese momento a hacer hincapié en un modelo social de salud cuyas alusiones ideológicas fueran mal recibidas en el escenario de la guerra fría.

Durante este período y posteriormente, los modelos de atención sanitaria de los países en desarrollo estuvieron influidos por la dinámica del colonialismo. Los sistemas de salud establecidos en zonas de África y Asia colonizadas por los poderes europeos servían casi exclusivamente a las elites colonizadoras y estaban centrados en la atención curativa con gran tecnología en un puñado de hospitales urbanos. La preocupación por la salud pública general era escasa, y los servicios para las personas que vivían en los barrios pobres o las zonas rurales, muy pocos. Muchas antiguas colonias se independizaron en los años cincuenta y sesenta y establecieron sus propios sistemas nacionales de salud. Lamentablemente, estos se estructuraron con frecuencia sobre los modelos de la época colonial. Sobre el papel, las estrategias sanitarias tras la independencia reconocían a menudo la necesidad de ampliar los servicios a las poblaciones desfavorecidas y rurales, pero en la práctica el grueso de los fondos para la salud procedentes del gobierno o de los donantes internacionales siguió fluyendo hacia la atención curativa de los centros urbanos. Durante este período, algunos países de bajos ingresos recién independizados gastaban la mitad de sus presupuestos sanitarios nacionales en mantener uno o dos resplandecientes "palacios de la enfermedad": se trataba de "hospitales de alta tecnología" dotados con los últimos equipos del mercado, con plantillas de doctores formados en occidente y que ofrecían sus servicios a las necesidades sanitarias de la elite urbana.^{5xiv}

La salud pública internacional durante este período se caracterizó por la proliferación de

⁴ **xiii** Norman Sartorius. Personal communication. Citado por: Bonita R, Irwin A, Beaglehole R. En prensa. Promoting public health in the 21st century: the role of WHO. In: Kawachi I and Wamala S, eds. Globalization and health. Nueva York: Oxford UP.

⁵ **xiv** Werner D, Sanders D. 1997. Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival. Palo Alto, CA: Healthwrights.

programas "verticales", rigurosamente focalizados, y campañas basadas en la tecnología, dirigidas contra enfermedades concretas como la malaria, la viruela, la tuberculosis y la frambesia. Tales programas se consideraban sumamente eficientes y en algunos casos ofrecían la ventaja de tener objetivos fácilmente cuantificables (número de vacunaciones realizadas, etc.). No obstante, debido a su naturaleza tendían a pasar por alto el contexto social y su función en la generación de bienestar o enfermedades. Al igual que ocurría con la atención sanitaria centrada en los hospitales, estos programas tendían a dejar sin tratar los problemas de salud más graves de la mayoría de la población (en particular, la rural pobre). Las campañas verticales iniciadas en este período consiguieron algunos éxitos notables, el más famoso fue la erradicación de la viruela. Sin embargo, las limitaciones de este enfoque fueron reveladas en fracasos como el de la campaña de la OMS-UNICEF para la eliminación mundial de la malaria. La lucha contra la malaria, que empezó a mediados de los años cincuenta, dependía una vez más de la tecnología, en este caso el rociamiento extensivo con el insecticida DDT para matar a los mosquitos vectores. El enorme programa resultó un fracaso muy costoso^{xv}.

1.3 Los años sesenta y primeros de los setenta: auge de los enfoques comunitarios

A mediados de los años sesenta, estaba claro en muchas partes del mundo que los modelos dominantes de salud pública y médicos no satisfacían las necesidades más urgentes de las poblaciones pobres y desfavorecidas (la mayoría de la gente de los países en desarrollo). La pura necesidad hizo que las comunidades y los trabajadores de salud locales buscaran alternativas a las campañas verticales contra las enfermedades y a la preponderancia de la atención curativa urbana. De este modo, surgió un interés renovado por la dimensión social, económica y política de la salud.

Durante los años sesenta y principios de los setenta, los trabajadores de salud y organizadores de la comunidad en varios países se unieron en el esfuerzo de abanderar los programas pioneros de salud comunitaria¹⁴. Tales iniciativas acentuaron la participación local y el empoderamiento de la comunidad en la toma de decisiones sobre salud y a menudo enmarcaron sus esfuerzos dentro de los derechos humanos que relacionaban la salud con exigencias económicas, sociales, políticas y ambientales mayores. Se restó importancia a la tecnología médica de un nivel superior y la confianza en los profesionales médicos con gran formación disminuyó enormemente. En cambio, se pensó que los trabajadores de salud de la comunidad contratados localmente podrían, con una formación limitada, ayudar a sus vecinos a afrontar la mayoría de los problemas comunes de salud. La educación sanitaria y la prevención de las enfermedades constituían el meollo de estas estrategias.

Los trabajadores de salud de la China rural (denominados en sentido figurado "médicos descalzos") eran el ejemplo más notable. Se trataba de "diversos agentes sanitarios de ámbito rural que vivían en las comunidades en las que servían, le daban más importancia a la atención sanitaria rural que a la urbana, más a los servicios preventivos que curativos y combinaban la medicina occidental con la tradicional"^{xvi}. Las iniciativas comunitarias también prosperaron en Bangladesh, Costa Rica, Guatemala, la India, México, Nicaragua, Filipinas, Sudáfrica y otros países. En algunos casos, tales iniciativas se ocuparon no sólo de determinantes sociales y ambientales de la salud, sino también de temas subyacentes de la estructura político-económica y las relaciones de poder. En distintas partes de América

Latina, los métodos de sensibilización del brasileño Paulo Freire se adaptaron a la educación y promoción sanitarias. En Filipinas, algunos grupos practicaron el “análisis estructural” comunitario mediante el cual los miembros de la comunidad pudieron detectar las raíces sociales y políticas de sus problemas de salud. “Estos métodos de empoderamiento se convirtieron en herramientas para ayudar a grupos de personas desfavorecidas a hacer un ‘diagnóstico comunitario’ de sus problemas de salud, analizar la multiplicidad de las causas y planificar medidas de saneamiento estratégicas” de una forma innovadora¹⁴. En Centroamérica, Sudáfrica y Filipinas, las alianzas aisladas de los programas de salud comunitaria se convirtieron gradualmente en movimientos sociales que vinculaban programas de salud, justicia social y derechos humanos. Werner y Sanders alegan que esto ocurrió en varias ocasiones (el derrocamiento de la dictadura Somoza en Nicaragua, la resistencia al régimen de apartheid sudafricano y el debilitamiento y caída del gobierno autoritario de Fernando Marcos en Filipinas), los movimientos de salud comunitaria ayudaron a allanar el camino para el cambio político y finalmente derribar los regímenes despóticos¹⁴. De manera recíproca, Cueto sostiene que los movimientos antiimperialistas en muchos países en desarrollo y el debilitamiento del prestigio de los EE.UU. como resultado de los contratiempos en Viet Nam ayudaron a crear condiciones favorables para el interés mundial por estos modelos alternativos de salud al final de los años sesenta¹⁶.

Lo que había empezado como experimentos sueltos, locales o nacionales, de los programas de salud comunitaria adquirió una dimensión internacional creciente y una mayor autoridad a comienzos de los años setenta. Algunas ONG y organizaciones misioneras internacionales, en particular la Comisión Médica Cristiana, desempeñaron un papel importante al promover sobre el terreno los modelos basados en la comunidad y difundir la información sobre su éxito^{xvii}. A principios de los años setenta, se tenía cada vez más conciencia de que los enfoques tecnológicos de atención de salud no habían logrado mejorar significativamente la salud de la población en muchos países en desarrollo, mientras que se obtenían resultados positivos en entornos muy pobres mediante programas comunitarios. Algunos eruditos eminentes, planificadores de salud pública y expertos en el desarrollo internacional empezaron a preconizar la adopción abierta de un enfoque de la salud informado por las prácticas y las prioridades de los programas de salud comunitaria. Aquí se incluían dirigentes de la OMS. En 1975, Kenneth Newell, Director de la División para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la OMS, publicó *Health by the People*, en el que presenta los logros ejemplares de una serie de iniciativas de salud comunitarias en África, Asia y América Latina. Este libro preconizó un compromiso firme con las dimensiones sociales de la salud, argumentando: "Tenemos estudios en los que se demuestra que muchas de las ‘causas’ de los problemas comunes de salud derivan de la propia sociedad y que un enfoque estrictamente sectorial de la salud es ineficaz; quizás otras acciones fuera del ámbito sanitario tengan un efecto mayor que las intervenciones estrictamente de salud"^{xviii}. En el mismo año, la OMS y el UNICEF publicaron un informe conjunto que examinaba métodos alternativos para satisfacer las necesidades de salud básicas en los países en desarrollo. El informe ponía de relieve las deficiencias de los programas verticales contra las enfermedades que confiaban en el apoyo tecnológico y pasaban por alto a la propia comunidad. También recalca que factores sociales como la pobreza, la vivienda inadecuada y la falta de educación eran las raíces reales subyacentes de las causas inmediatas de morbilidad de los países en desarrollo^{xix}.

Este modelo emergente de trabajo sanitario encontró un poderoso aliado en Halfdan Mahler, un médico danés veterano en salud pública que se convirtió en Director General de la OMS en 1973. Mahler era un líder carismático con profundas convicciones éticas para quien "justicia social era una palabra sagrada"^{xx}. Se indignaba ante las inequidades mundiales en la salud y el sufrimiento evitable de millones de personas pobres y marginadas. Su participación en campañas verticales contra las enfermedades en América Latina y Asia le llevó al convencimiento de que tales enfoques eran incapaces de resolver los problemas de salud más importantes y que prestar una atención excesiva a las avanzadas tecnologías curativas estaba distorsionando los sistemas de salud de muchos países en desarrollo. Junto con la ampliación a las comunidades desfavorecidas de los servicios de atención básica de salud, era necesario tomar medidas para abordar factores determinantes no médicos a fin de superar las inequidades en materia de salud y lograr la "Salud para Todos en el año 2000", tal como Mahler propuso en la Asamblea Mundial de la Salud de 1976. "La Salud para Todos," dijo, "implica la eliminación de los obstáculos para la salud tanto como la solución de problemas netamente médicos"^{xxi}, es decir, la eliminación de la desnutrición, la ignorancia, la contaminación del agua potable y la falta de higiene en la vivienda

1.4 La cristalización de un movimiento: Alma-Ata y la atención primaria de salud

Este nuevo programa saltó a la palestra en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada por la OMS y el UNICEF en Alma-Ata, Kazajstán, en septiembre de 1978. Unos tres mil delegados de 134 gobiernos y 67 organizaciones internacionales participaron en la conferencia de Alma-Ata destinada a convertirse en un hito en la salud pública moderna. La declaración de la conferencia enarboló el objetivo de Mahler: "Salud para Todos en el año 2000" mediante la atención primaria de salud (APS). La adopción de la estrategia de SPT/APS marcó la reaparición vigorosa de los determinantes sociales como principal inquietud de salud pública. El modelo de atención primaria de salud, según lo enunciado en Alma-Ata, "declara explícitamente la necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud sino que también aborde las *causas sociales, económicas y políticas subyacentes de mala salud*" (subrayado nuestro)¹⁴.

Muchos elementos del enfoque de atención primaria de salud fueron configurados según el modelo de los "médicos descalzos" chinos y otras experiencias de salud comunitaria atesoradas durante la década anterior. La declaración de Alma-Ata presentó la atención primaria de salud desde una doble óptica. Por un lado, dado que el *nivel fundamental de atención* dentro de un sistema de salud se reconfigura para destacar las necesidades de salud básicas de la mayoría, la atención primaria era "el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud"^{xxii}. Pero la atención primaria de salud constituía también una *filosofía* del trabajo sanitario como parte del "desarrollo general social y económico de la comunidad"²². Cueto señaló tres principios sobresalientes de esa filosofía. El primero era la "tecnología apropiada", es decir, el compromiso de desplazar los recursos de salud de los hospitales urbanos para satisfacer las necesidades básicas de las poblaciones rurales desfavorecidas. El segundo era una "crítica del elitismo médico", que implicaba una disminución de la confianza en los médicos sumamente especializados y en las enfermeras y una mayor movilización de los miembros de la comunidad para asumir las responsabilidades en el trabajo sanitario. El tercer componente central era un nexo explícito entre la salud y el desarrollo social. "El trabajo sanitario era percibido no como una

intervención aislada y de corta duración sino como parte de un proceso de mejoramiento de las condiciones de vida"¹⁶. Lógicamente, la atención primaria de salud incluía entre sus pilares la actuación intersectorial para abordar los determinantes sociales y de salud ambiental. La declaración de Alma-Ata especificó que la atención primaria de salud "incluye, además del sector de la salud, todos los demás sectores relacionados y diferentes aspectos del desarrollo nacional y de la comunidad, en particular la agricultura, la cría de ganado, los alimentos, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y demás sectores; y exige el esfuerzo coordinado de todos ellos ".

Bajo el liderazgo de Mahler, la OMS reconfiguró su perfil institucional y una parte significativa de su programación en torno a la Salud para Todos por conducto de la atención primaria de salud. En consecuencia, el trabajo sanitario bajo el estandarte de la salud para todos incorporó regularmente, al menos sobre el papel, la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales y ambientales. Durante los años ochenta, a medida que se desplegaba la campaña de salud para todos, el concepto de acción intersectorial para la salud adquirió una creciente prominencia, y se creó una unidad especial dentro de la OMS para abordar este tema. En 1986, la OMS y la Fundación Rockefeller copatrocinaron una importante consulta sobre la acción intersectorial para la salud en el local para conferencias Bellagio de dicha fundación^{xxiii}, y las discusiones técnicas sobre este tema se llevaron a la 39ª Asamblea Mundial de la Salud. Las discusiones de la Asamblea de la Salud incluyeron grupos de trabajo sobre las inequidades en materia de salud; la agricultura, la ganadería, la alimentación y la nutrición; la educación, la cultura, la información y los modos de vida; y también un grupo sobre el medio ambiente que incluía agua y saneamiento, hábitat e industria^{xxiv}.

Desde mediados de los años ochenta también se le dio la preponderancia a los determinantes sociales de la salud en el movimiento emergente de promoción de la salud. La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, copatrocinada por la Asociación de Salud Pública del Canadá, el departamento de Salud y Bienestar Social de Canadá y la OMS, se celebró en Ottawa en noviembre de 1986. La conferencia adoptó la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud, que señalaba ocho factores determinantes clave ("requisitos previos") para la salud: la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. Se entendió que este abanico de factores fundamentales favorables no podía ser abordado únicamente por el sector de la salud, sino que requeriría acción coordinada entre diferentes dependencias del gobierno, así como entre las organizaciones no gubernamentales y de voluntarios, el sector privado y los medios de comunicación^{xxv}. Después de Ottawa, una serie de conferencias internacionales de promoción de la salud impulsaron los mensajes expresados en la carta y trataron de establecer un movimiento sostenido^{xxvi}.

1.5 La estela de Alma-Ata: "Buena salud a bajo costo"

Los años que siguieron a la conferencia de Alma-Ata no fueron en general favorables para el progreso de la salud en las comunidades pobres y marginadas, debido a razones que se examinarán en breve. Sin embargo, varios países en desarrollo surgieron como modelos de buenas prácticas durante este período. Consiguieron mejorar sus indicadores de salud y reforzar la equidad, mediante programas en los que la acción intersectorial sobre los factores

determinantes de la salud desempeñó un papel importante.

"Buena salud a bajo costo" (BSBC) era el título de un congreso convocado por la Fundación Rockefeller en abril-mayo de 1985. La publicación de las actas sirvió como referencia de peso en los debates sobre cómo fomentar avances de salud sostenibles en el mundo en desarrollo^{xxvii}. La conferencia examinó minuciosamente el caso de tres países (China, Costa Rica y Sri Lanka) y el de un estado indio (Kerala) que había obtenido resultados buenos de salud totalmente inusuales (medidos utilizando la esperanza de vida y las cifras de mortalidad infantil), a pesar del bajo producto interno bruto y los limitados gastos sanitarios *per capita*, en relación con países de ingresos altos.

Los analistas hablan frecuentemente de los casos de BSBC cuando quieren citar ejemplos del progreso de la salud en los países en desarrollo, y en particular para indicar cómo la política en los sectores que no son estrictamente sanitarios puede mejorar el estado de salud. Ahora bien, los analistas siguen preguntándose qué factores han contribuido más al progreso de estas jurisdicciones, además del tema del corolario de por qué ha sido tan difícil para otros países con niveles de ingresos similares repetir esos logros. Una generación más tarde, las cuestiones surgidas en *Buena salud a bajo costo* siguen siendo pertinentes y vale la pena contemplar en profundidad algunas de las estrategias proseguidas por los países de BSBC que contribuyeron a su condición de modelos de buenas prácticas. A continuación observamos dos jurisdicciones de BSBC y un tercer país, Cuba, que no se incluyó en el estudio, pero había aplicado políticas similares de salud pública. Nuestro objetivo particular es ver cómo estos países usaron políticas intersectoriales que abordaban los factores determinantes de la salud como herramientas clave para mejorar los indicadores de salud de la población y en particular para cubrir las necesidades de los grupos de población vulnerables.

Costa Rica

En 1988 la Organización Panamericana de la Salud definió Costa Rica como una "nación en desarrollo no industrial con indicadores de salud comparables a aquellos registrados hace unos pocos años por algunas naciones industriales avanzadas"^{xxviii}. Entre 1970 y 1983, el país redujo la mortalidad general un 40% y la infantil un 70%^{xxix}.

El compromiso con la cobertura nacional en la atención de salud y los servicios sociales básicos más importantes contribuyó crucialmente a este logro. Una ley de 1971 garantizó la atención médica y la cobertura de hospitalización con cargo a la seguridad social para toda la población. Independientemente del sueldo, todos los trabajadores estaban afiliados con derecho a prestaciones de la seguridad social proporcionadas mediante la Caja Costarricense del Seguro Social, (CCSS), financiada con fuentes estatales y las contribuciones obligatorias de los trabajadores. La CCSS era uno de los numerosos instrumentos de política basados en el principio de solidaridad nacional con cobertura para los muy pobres. La CCSS llevó a cabo varias intervenciones generales de salud pública: las campañas de vacunación se intensificaron en el caso de enfermedades como el sarampión y la difteria; se amplió el suministro del agua potable y la recolección de las aguas residuales, especialmente en las zonas rurales. La disminución de dos tercios de la mortalidad infantil costarricense en los años setenta parece ser debida a una estrategia de ataque por varios flancos que abordó

simultáneamente una serie de factores médicos, sociales y de infraestructura^{xxx}.

El Programa de Salud Rural (PSR), iniciado en 1973, y el Programa de Salud Comunitaria urbano de 1976 consiguieron una atención primaria de salud robusta y multifacética. Estos dos programas ampliaron hacia 1980³⁰ el acceso a los servicios médicos de aproximadamente un 60% de la población, tanto urbana como rural. Al principio de la creación de la CCSS, menos del 20% de la población rural tenía acceso a los servicios mínimos de salud^{xxxi}. El PSR determinó las áreas de mayor necesidad y formó a trabajadores de salud de la comunidad para visitar los hogares en sus áreas respectivas a fin de aumentar las prácticas de salud, el saneamiento y la vacunación de los niños. En esencia fue un enfoque de atención primaria de salud que prestaba una amplia gama de servicios a los individuos (por ejemplo, vacunación, nutrición, planificación familiar y atención dental), actividades de salud ambiental (por ejemplo, agua potable, mejoramiento de viviendas rurales, eliminación de las excretas) y servicios de apoyo complementarios (por ejemplo, educación sanitaria, recopilación de datos y fomento de la organización de la comunidad)²⁹. El PSR amplió significativamente los servicios, así, a fines de los años setenta más del 60% de la población rural tenía cubiertos los servicios de salud al tiempo que todos los indicadores de salud mejoraban significativamente en toda la nación^{29,31}. El Programa de Salud Comunitaria urbano, estructurado según el PSR, trató de mejorar las condiciones de vida de los residentes de los barrios pobres. A los tres años de su creación, en 1976, el programa llegó al 57% de la población urbana. Al final de la década, esta iniciativa había conseguido extender la vacunación al 85-90% de la población urbana, la eliminación de los excrementos en las zonas urbanas aumentó del 60 al 96% y el 100% de la población urbana tenía acceso al agua potable.²⁹

Los analistas del éxito de Costa Rica han hecho hincapié en el fuerte vínculo político entre la salud y la educación. Los conocimientos sobre la salud se consideran una parte esencial de la educación a todos los niveles, y el sistema de educación ha sido expresamente utilizado como el punto de partida para fomentar la buena salud. El sistema de educación primaria gratuita y obligatoria está en práctica desde 1869. La gratuidad se extendió a la educación intermedia en 1949 y se fortalecieron los estudios universitarios. Debido al aumento de la escolarización infantil durante los años cuarenta y cincuenta, la proporción de mujeres que acabaron los estudios primarios pasó del 17% en 1960 al 65% en 1980. Esta tendencia parece haber sido el motor de la disminución sustancial en la mortalidad infantil durante los años setenta³⁰.

Sri Lanka

Los indicadores de salud en Sri Lanka mejoraron enormemente después de la independencia en 1948, a pesar de la incapacidad del país para generar un crecimiento económico sostenido^{xxxii}. Un sistema de atención primaria de salud extenso y gratuito para toda la población contribuyó significativamente a los logros en salud de la población^{xxxiii}. Al mismo tiempo, las estrategias a favor de la equidad en varios sectores sociales desempeñaron una función importante en la mejora de los resultados de salud³².

En la agricultura, la autosuficiencia en la producción de arroz y otros alimentos esenciales constituía una prioridad para la nación recién independizada. "La estrategia agrícola de los

gobiernos subsiguientes diversificó la agricultura campesina introduciendo cultivos de alto rendimiento, aumentó la producción en general e incrementó los ingresos de los agricultores". A principios de los años ochenta, este programa había reducido las disparidades regionales y de clase, proporcionando alivio a algunos de los grupos más deficientes como los campesinos arroceros. El programa formaba parte de una campaña nacional para satisfacer las "necesidades básicas" de toda la población. Durante décadas un esquema de racionamiento alimentario garantizó a todos los hogares el suministro del arroz y otros productos alimenticios esenciales mediante subvenciones o estabilización de los precios por medio de una red de cooperativas. Como consecuencia de esta medida, entre 1956 y 1963, la ingesta calórica media del total de la población se incrementó en 40%³². Simultáneamente, la labor para aumentar y mejorar la disponibilidad de viviendas en el medio rural condujo a mejorar la estructura, el diseño y la calidad de las viviendas rurales^{xxxiv}. En los años cincuenta, se elaboraron una serie de leyes laborales para abordar la salud y el bienestar de los trabajadores, en particular de las mujeres y la juventud. Estas incluían disposiciones para limitar la semana laboral a 45 horas, disfrutar de vacaciones obligatorias y derecho a bajas por enfermedad pagadas. La ampliación de la red ferroviaria y rodada de transporte público con tarifas bajas facilitó el acceso de la población rural a los servicios de atención básica de salud. En 1978, un 70% de los nacimientos de Sri Lanka tuvieron lugar en los hospitales, los consultorios y los hogares de maternidad³².

Desde la independencia la educación gratuita universal se impartió gracias a una red de instituciones educativas primarias, secundarias y terciarias. En 1980, tanto la educación sanitaria como la actividad física se incluyeron en el programa de estudios escolar. A partir de 1945 todos los estudiantes tuvieron una comida gratuita a medio día. La gran ampliación en los años cincuenta y sesenta de la educación femenina eliminó prácticamente las diferencias de alfabetización entre hombres y mujeres y condujo a una aceptación general de la planificación familiar y a una disminución en la tasa de natalidad desde principios de los años sesenta³².

Los analistas observaron que toda esta gama de acciones intersectoriales había sido facilitada por el sistema político del país y la cultura participativa de la sociedad civil. El ambiente político competitivo de Sri Lanka permitió garantizar a la mayoría pobre rural un considerable grado de redistribución y beneficios asistenciales. La mujer empezó a participar en el proceso político aún antes de la independencia nacional, forzando a la elite política a responder a sus problemas. La alta prioridad otorgada a la salud maternoinfantil en los años treinta y cuarenta fue uno de los frutos. La popularidad de los líderes políticos, en particular en los dos decenios antes de la independencia, se debió a su capacidad para conseguir un amplio abanico de servicios estatales al electorado, entre los cuales la salud y la educación fueron prioritarios. Por otro lado, un sector no gubernamental amplio y activo hizo presión en los asuntos políticos, económicos y de salud de forma eficaz. Otros grupos como las sociedades de desarrollo rural de las aldeas y las asociaciones de mujeres trabajaron activamente promoviendo campañas de salud pública, como la campaña contra la tuberculosis³⁴.

Cuba

La Cuba posrevolucionaria constituyó un ejemplo significativo de "buena salud a bajo

costo" que no se incluyó en el programa del congreso de 1985. El perfil de salud de la población cubana se asemeja más a países ricos como los EE. UU. y Canadá que a la mayor parte de los otros países latinoamericanos^{xxxv}. Aunque Cuba a fines de los años cincuenta había logrado probablemente uno de las tasas de mortalidad más bajas de los países en desarrollo, aún se produjeron disminuciones significativas adicionales después de la revolución socialista de 1959. La revolución puso recursos médicos y de salud pública al alcance de sectores de la sociedad que antes estaban marginados. Al reorientar la riqueza nacional hacia la satisfacción de las necesidades básicas, el nivel de vida de los grupos sociales más desfavorecidos se elevó a pesar de las vacilaciones de la economía en los años sesenta y setenta. Se redujeron las diferencias de salud y sus factores determinantes entre las zonas rurales y urbanas a medida que el estado invertía más recursos nacionales en las zonas rurales^{xxxvi}. En 1959, la tasa de mortalidad infantil del país era de 60 por 1000 nacidos vivos y la esperanza de vida era de 65,1 años. Hacia mediados de los años ochenta, Cuba había logrado una tasa de mortalidad infantil de 15 por 1000 y la esperanza de vida femenina era de 76 años^{xxxvii}.

Los principios de universalidad, acceso equitativo y control gubernamental guiaron las políticas sanitarias cubanas después de la revolución, estas se centraron en el logro de la equidad mediante la prestación gratuita de los servicios necesarios, incluida la atención médica, las pruebas de diagnóstico y las vacunas para 13 enfermedades prevenibles. La política cubana de salud pública da prioridad a las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, la descentralización, la acción intersectorial y la participación comunitaria. Por otro lado, presenta un enfoque de atención primaria local como el existente dentro de un sistema organizado de consulta y remisión a una atención más especializada. A nivel local, los médicos y las enfermeras viven dentro de la comunidad en la que prestan sus servicios y proporcionan no sólo diagnóstico y tratamiento clínico, sino también educación sobre asuntos generales de salud y factores determinantes de la salud no médicos³⁵.

Cuba ha progresado al abordar los determinantes sociales de salud aplicando los mismos principios básicos de universalidad, acceso equitativo y control gubernamental. La educación ha sido una prioridad nacional. El gobierno lanzó enormes campañas de alfabetización poco después de la revolución, nacionalizó todas las escuelas privadas e instituyó la educación universal y gratuita. Posteriormente, se implantaron programas para garantizar que cada adulto obtuviera al menos un sexto grado en educación³⁶. La tasa de alfabetización de Cuba es del 96,7%, una cifra muy notable si se considera que antes de la revolución una cuarta parte de los cubanos eran analfabetos y una décima parte eran semianalfabetos³⁵. En el período posrevolucionario también se llevaron a cabo campañas para mejorar las normas de higiene y saneamiento en las zonas urbanas aumentando el acceso al agua potable mediante la ampliación de la red de acueductos^{35,36}. Desde el principio, la exposición de las políticas de salud y sociales posrevolucionarias tuvieron una impronta ideológica y polémica. Los detractores del sistema cubano apuntaban las restricciones de los derechos individuales y el estancamiento económico generalizado bajo el régimen socialista. Sin embargo, los defensores alegaban que el compromiso de Cuba con la equidad y atención primaria de salud universal le permitía limitar el daño sanitario asociado al prolongado embargo económico^{xxxviii}.

A pesar de que las jurisdicciones de BSBC y los países como Cuba presentaban una variedad de marcos políticos y estrategias sanitarias pública diferentes, con *Buena salud a bajo costo* se argumentó que era posible reconocer elementos de una tendencia común en los países en desarrollo que habían hecho progresos excepcionales de salud. Un analista^{xxxix} ha señalado "cinco factores sociales y políticos comunes" de especial importancia:

- El compromiso histórico con la salud como una meta social.
- La orientación asistencialista al desarrollo.^{xl}
- La participación comunitaria en procesos de toma de decisiones en relación con la salud.
- La cobertura universal de los servicios de salud para todos los grupos sociales (equidad).
- Los nexos intersectoriales en favor de la salud.

En lo que se refiere a la acción intersectorial para la salud, las áreas más cruciales parecen ser: 1) garantizar una ingesta alimentaria adecuada para todos, incluidos los grupos socialmente más vulnerables y 2) la educación de las mujeres. El tema de la educación o alfabetización de las mujeres como un factor determinante de la salud justificó posteriormente las campañas de promoción de la salud en varios países en desarrollo^{xli}.

Las ironías del destino hicieron que cuando se publicó *Buena salud a bajo costo* varias de las jurisdicciones estudiadas, incluidas Costa Rica y Sri Lanka, estaban afectadas por los cambios mundiales económicos y políticos que amenazaban los logros de salud de la población elogiados en el volumen (véase más adelante). Las décadas posteriores han revelado que algunas de las políticas, que habían permitido a estos países convertirse en modelos por haber mejorado la salud de la población y aumentar la equidad, son sumamente vulnerables a las conmociones externas y a las vicisitudes políticas internas.

El mensaje de BSBC fue alentador y también profundamente desafiante para los responsables de las políticas sanitarias de los países en desarrollo. Por un lado, el estudio confirmó que era posible obtener notables beneficios de salud en los países con una renta per cápita relativamente baja. Pero por otro lado, las condiciones sociales y políticas que parecían haber posibilitado el éxito de BSBC en esos países fueron precisamente, según se indica en la lista anterior, condiciones que la mayoría de los países en desarrollo no cumplían y quizás no podrían cumplir. Muchos de estos países carecían de un compromiso histórico con la salud como meta social, no tenían tradición de participación comunitaria democrática ni equidad en la cobertura de servicios de salud (ni siquiera una voluntad política seria de esforzarse para obtenerlo). En suma, pocos países poseen políticas de desarrollo que puedan describirse como auténticamente orientadas hacia una asistencia social ampliamente compartida.

Por lo tanto, de los cinco factores sociales y políticos que Rosenfield encuentra en los países de BSBC y que explican su éxito, el único aparentemente más fácilmente alcanzable para los responsables de la política de un país en desarrollo es el último: los nexos intersectoriales

para la acción sobre los factores determinantes de la salud. En consecuencia, un compromiso formal de acción intersectorial para la salud pasó a integrarse en los marcos oficiales de política sanitaria de muchos países en los años ochenta. Sin embargo, los antecedentes de los resultados reales de la implantación nacional de la acción intersectorial para la salud fueron poco convincentes. En efecto, a pesar del destacado papel otorgado a la acción intersectorial en la Declaración de Alma-Ata, las discusiones técnicas de la Asamblea de la Salud, el movimiento de promoción de la salud y la *Buena salud a bajo costo*, la acción intersectorial para la salud para abordar los determinantes sociales y de salud ambiental demostraron generalmente, en la práctica, ser el elemento más débil de las estrategias asociadas con la salud para todos^{xlii}.

La explicación se debe, en parte, a que precisamente muchos países intentaron aplicar la acción intersectorial para la salud aisladamente, es decir, sin los otros factores sociales y políticos pertinentes señalados en la lista de antes. Todos estos factores son en gran medida interdependientes y se refuerzan mutuamente. Por lo tanto, las perspectivas de éxito con la acción intersectorial para la salud varían en función de la solidez de los otros pilares: el compromiso general con la salud como una meta colectiva social y política, el entramado de las políticas de desarrollo económico para promover la asistencia social, el empoderamiento y participación de la comunidad y la cobertura equitativa de los servicios de salud. En los casos en los que estos objetivos no se han perseguido seriamente, la acción intersectorial para la salud también ha flaqueado.

Posteriormente, los analistas mencionaron otras razones de por qué la acción intersectorial para la salud no logró "despegar" en muchos países después de Alma-Ata y BSBC. Una de las dificultades atañía a los datos probatorios y su medición. Quienes tenían poder de decisión en otros sectores se quejaron de que los expertos sanitarios a menudo habían sido incapaces de aportar pruebas cuantitativas sobre los efectos sanitarios específicos atribuibles a actividades en sectores ajenos a la salud como la vivienda, el transporte, la educación, la política alimentaria o la política industrial⁴². A un nivel más profundo, más allá de la incapacidad para aportar los datos en casos específicos, la incertidumbre metodológica persistió en cuanto a cómo medir las condiciones sociales y los procesos y evaluar con exactitud sus efectos sobre la salud. El problema era arduo tanto por la complejidad inherente de tales procesos como por el retraso frecuente entre la introducción de las políticas sociales y la observación de los efectos en la salud de la población. Los expertos en medición no llegaron a ninguna conclusión clara sobre los retos metodológicos de la evaluación y atribución en los contextos sociales en los que por definición las condiciones de los ensayos clínicos controlados no podían ser aproximadas. (Estos retos siguen siendo hoy capitales para cimentar la credibilidad de las políticas de los determinantes sociales de la salud y serán el foco de atención de la Red de Conocimientos de la CDSS sobre los datos probatorios y la medición.)

Durante los años ochenta, la acción intersectorial para la salud también iba en contra de las estructuras gubernamentales y los procesos presupuestarios mal adaptados a los enfoques intersectoriales. En una revisión se señalaron las siguientes dificultades:

- Límites verticales entre las secciones en el gobierno

- Programas integrados a menudo contemplados como una amenaza para el presupuesto de sectores específicos, para el acceso directo de los sectores a los donantes y para la autonomía funcional de sectores
- Posición débil de los sectores de la salud y medio ambiente dentro de muchos gobiernos
- Pocos incentivos económicos para apoyar las iniciativas intersectoriales e integradas
- Prioridades del gobierno a menudo definidas por la conveniencia política, en lugar del análisis racional^{xliii}.

No obstante, las incertidumbres acerca de los datos probatorios y la dinámica intragubernamental eran sólo una parte del problema. Las tendencias mayores en el ámbito de política mundial de salud y desarrollo contribuyeron a descarrilar la ejecución de las políticas sanitarias intersectoriales. Un factor decisivo fue el giro súbito de muchos organismos donantes, autoridades sanitarias internacionales y ciertos países que pasaron de la ambiciosa visión de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud, que había incluido la acción intersectorial en los determinantes sociales de la salud como tema central, al modelo más limitado de la "atención primaria de salud selectiva".

1.6 Auge de la atención primaria de salud selectiva

Desde un principio tanto los costos potenciales como las implicaciones políticas de una versión completamente desarrollada de la atención primaria de salud alarmaban a algunas circunscripciones. La atención primaria de salud selectiva se propuso inmediatamente después de la conferencia de Alma-Ata como una alternativa más pragmática, económicamente buena y que no representaba una amenaza política^{14,xliv}. En lugar de tratar de fortalecer todos los aspectos de los sistemas de salud simultáneamente o de transformar las relaciones de poder social y político (un objetivo posiblemente loable pero de planteamiento obligado a largo plazo), los partidarios de la atención primaria de salud selectiva mantienen que, al menos a corto plazo, los esfuerzos deben concentrarse en un número pequeño de intervenciones de bajo costo y eficacia probada destinadas a atacar las causas principales de mortalidad y morbilidad de una región o de un país. La atención primaria de salud selectiva eliminó, pues, las dimensiones sociales y políticas de la visión original de la atención primaria de salud. Los teóricos de la atención primaria de salud selectiva la presentaron como una estrategia "provisional" de ejecución urgente mientras los países trabajaban para conseguir mayores recursos y el compromiso político necesario para la atención primaria de salud integral⁴⁴. En muchos entornos, sin embargo, el modelo provisional suprimió realmente la atención primaria de salud integral como un objetivo a largo plazo.

La atención primaria de salud selectiva se centró particularmente en la salud materna y la salud infantil, ya que en estas áreas unas pocas intervenciones sencillas podían reducir extraordinariamente las enfermedades y la muerte prematura. El ejemplo más famoso de la atención primaria de salud selectiva era la estrategia para la reducción de la mortalidad en la niñez conocida como "VRIL" (vigilancia del crecimiento, rehidratación oral, inmunización,

lactancia materna). Al concentrarse en la ejecución de estas intervenciones en los países en desarrollo, los partidarios aducían que podrían realizarse progresos rápidos en la reducción de la mortalidad infantil sin tener que esperar la finalización de procesos forzosamente prolongados de fortalecimiento de los sistemas de salud (o a mayor abundamiento, un cambio social estructural). Las cuatro intervenciones de la VRIL "parecían fáciles en su evaluación y seguimiento. Es más, eran cuantificables y tenían metas claras". Se sospechó que este modelo atraería a los financiadores potenciales, así como a los líderes políticos ansiosos de obtener resultados rápidos, ya que "los indicadores del éxito y las cuentas podían presentarse más rápidamente" que con otros tipos de procesos sociales complejos asociados a la atención primaria de salud integral¹⁶.

La estrategia VRIL se convirtió en el elemento fundamental de la "revolución en materia de supervivencia infantil" promovida por UNICEF en los años ochenta^{xlv}. Con su anterior Director Ejecutivo Henry Labouisse, UNICEF había copatrocinado la conferencia de Alma-Ata y apoyado gran parte del trabajo preliminar inicial para la estrategia original de atención primaria de salud. La llegada de Jim Grant como jefe del organismo en 1979 (el año después de Alma-Ata) significó un cambio fundamental en la filosofía de UNICEF. Al igual que Halfdan Mahler, Grant era un líder carismático. Pero así como Mahler estaba convencido de que las organizaciones internacionales tenían una misión de liderazgo moral a favor de la justicia social, Grant creía que los organismos internacionales "tenían que hacer todo lo posible con sus limitados recursos y las efímeras oportunidades políticas", trabajando con las impedimentos políticos existentes, en lugar de sucumbir a visiones utópicas. Esto significaba renunciar a la ambición de grandes transformaciones sociales para concentrarse en intervenciones escasas pero factibles¹⁶. Este enfoque pragmático firmemente orientado se incorporó en la estrategia de VRIL.

La estrategia VRIL resultó eficaz en muchos entornos al reducir la mortalidad infantil. Sin embargo, constituyó un notable retroceso respecto a la visión original de Alma-Ata, particularmente en lo que se refería a la acción intersectorial sobre los determinantes sociales y de salud ambiental. Los componentes complementarios con un carácter más multisectorial (planificación familiar, educación de la mujer y administración de suplementos alimentarios) se agregaron posteriormente, sobre el papel, a las intervenciones originales de VRIL, pero estas ideas añadidas fueron pasadas por alto en muchos lugares. En efecto, en la práctica la estrategia VRIL fue aun más limitada de lo que la sigla implicaba, ya que muchos países restringieron sus campañas de supervivencia infantil a la terapia de rehidratación oral y a la inmunización¹⁴. La reducida selección de las intervenciones dirigidas principalmente a las mujeres en edad fecunda y los niños menores de 5 años "estaba concebida para mejorar las estadísticas sanitarias, pero abandonó el énfasis de Alma-Ata sobre la equidad y el desarrollo de sistemas de salud"³⁸.

El destino quiso que el intento de Salud para Todos y las implicaciones del cambio de la atención primaria de salud integral a la selectiva generaran una sustancial y a menudo polémica bibliografía¹⁴,,, **xlvi xlvii xlviii xlix**. Para los detractores de la APS selectiva, incluido recientemente Magnussen et al.: "el enfoque selectivo pasa por alto el contexto más amplio del desarrollo y los valores que se imbuyen en el desarrollo equitativo de los países. No aborda la salud más que como la ausencia de enfermedad, como un estado de bienestar que incluye la dignidad y como la adquisición de la capacidad para ser un miembro

funcional de la sociedad. Además de la falta de un contexto de desarrollo, el modelo selectivo no reconoce el papel de la equidad y justicia social en los que reciben las intervenciones médicas guiadas tecnológicamente³⁸. Cueto resume que, para los detractores de la atención primaria de salud selectiva, esta fue una estrategia "exhaustivamente tecnocéntrica" que se apartó de los factores subyacentes sociales determinantes de la salud, pasó por alto el contexto de desarrollo y sus complejidades políticas y se asemejó a los programas verticales¹⁶.

Por otro lado, los defensores del enfoque selectivo objetan que la atención primaria de salud integral y la visión de Alma-Ata en su totalidad, aunque envueltas con un lenguaje ético que nadie puede negar, fueron desde el principio técnicamente imprecisas y económicamente poco realistas, en consecuencia imposibles de llevar a la práctica. Los múltiples significados de la expresión "atención primaria de salud" minaron su poder. Según observa Cueto: "En su versión más radical, la atención primaria de salud fue apéndice de una revolución social. Para algunos esto fue negativo y se culpó a Mahler de transformar la OMS fundamentalmente técnica en una organización politizada". Otros creen que Mahler fue "ingenuo al esperar cambios de las burocracias conservadoras de los países en desarrollo" y que en gran medida sobreestimó la capacidad de un pequeño número de expertos lúcidos y proyectos de salud comunitaria de abajo arriba para llevar a cabo cambios sociales duraderos. Entretanto, la profunda marginalización política e impotencia de los pobres de medios rurales no fue suficientemente comprendida por los partidarios de la atención primaria de salud. Asimismo, los defensores de la visión de Alma-Ata tendieron a romantizar e idealizar las "comunidades" en abstracto sin prestar atención a su funcionamiento real¹⁶.

Estos debates tienen un alcance que va mucho más allá del contexto histórico específico de los años ochenta en cuanto al planteamiento de cuestiones pertinentes hoy, por ejemplo, para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Posiblemente, tanto la gran fuerza como la fatal debilidad de la atención primaria de salud integral emanaron del hecho de haber sido mucho más que un modelo para prestar servicios de atención de salud. La atención primaria de salud y Salud para Todos tal como se presentaron en Alma-Ata constituyeron un proyecto de transformación social de largo alcance, guiados por el ideal de empoderamiento de las personas desfavorecidas y las comunidades, de acuerdo con el modelo de "desarrollo en un espíritu de justicia social"²². Con tales valores en juego, no puede sorprender que aún hoy continúen los apasionados debates sobre el significado y el legado de Salud para Todos. Un asunto con el que debe lidiar la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud selectiva es la versión del problema personificado en las emblemáticas figuras: Mahler y Grant. Ya sea centrándose en conceptos sumamente cargados como la justicia social o más ligeros (y también menos amenazantes) como la equidad o la eficiencia. La elección no es sólo una cuestión de lenguaje sino que implica diferentes niveles de participación en los procesos políticos y propuestas muy diferentes de acción (véase la sección 2.2.1).

La aparición de la atención primaria de salud selectiva como alternativa a la visión de Alma-Ata a comienzos de los años ochenta no fue accidental. Más bien, era el reflejo lógico de un cambio de mayor envergadura en las relaciones de poder político y doctrinas económicas que ocurrían a nivel mundial. Este cambio tenía consecuencias significativas para la salud, y en particular para la capacidad de los gobiernos de elaborar políticas de salud

que abordaran los determinantes sociales. Para comprender plenamente los fallos de la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud (y la estrategia de Alma-Ata en su totalidad), debemos situar el cuestión "atención primaria de salud frente a atención primaria de salud selectiva" dentro de este contexto más amplio.

1.7 El contexto político-económico de los años ochenta: neoliberalismo

En los años ochenta tuvo lugar el auge y predominio del modelo económico y político conocido como "neoliberalismo" (por su énfasis en la "liberalización" o apertura de los mercados) o el "consenso de Washington" (ya que sus partidarios principales: el gobierno de los Estados Unidos, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tienen su sede en Washington, D.C.). Los orígenes históricos y la evolución del modelo neoliberal se ha tratado detalladamente en otro lugar^{li}. La esencia de la visión neoliberal fue (y es) la convicción de que los mercados, liberados de la interferencia del gobierno, "son los mejores y más eficaces adjudicadores de recursos en la producción y distribución" y por lo tanto constituyen el mecanismo más eficaz para promover el bien común, incluida la salud⁵⁰. La participación del gobierno en la economía y en los procesos sociales debe reducirse al mínimo, ya que los procesos cuyo motor es el Estado son intrínsecamente despilfarradores, engorrosos y reacios a la innovación. "El Estado benefactor, en el criterio neoliberal, dificulta el funcionamiento 'normal' del mercado" y por lo tanto desperdicia inevitablemente los recursos y rinde resultados insatisfactorios⁵⁰. Lógicamente, una meta abarcadora de la política debe ser reducir la función del Estado en las áreas clave (incluida la salud) donde su presencia conduce a la ineficiencia. En cambio, se otorgará la máxima libertad a los actores del mercado, quienes en la busca de sus propios intereses generarán más rápidamente crecimiento económico y crearán riqueza, condiciones previas clave para aumentar el bienestar de todos. Mejor que cualquier forma de redistribución administrada por el Estado, los propios procesos del mercado pueden ser fiables para distribuir los beneficios del crecimiento económico a todos los niveles de la sociedad. Un postulado clave de la ortodoxia económica neoliberal de los años ochenta y noventa fue que, dado que el crecimiento económico era la clave para el desarrollo rápido y en último término para una vida mejor para todos, los países debían ejecutar rápida y rigurosamente políticas para estimular el crecimiento, sin preocuparse demasiado de las consecuencias sociales a corto plazo. A pesar de que las políticas que estimulan el crecimiento, como los recortes en el gasto social del gobierno, puedan ser "dolorosas a corto plazo" para las comunidades desfavorecidas, estarán más que compensadas por la "ganancia a largo plazo" que tales políticas producirán mediante la creación de un clima de inversiones favorables y un desarrollo económico acelerado.

Durante los años ochenta, el criterio neoliberal se promovió con éxito en los países ricos por líderes como Ronald Reagan en los EE. UU., Margaret Thatcher en Gran Bretaña y Helmut Kohl en Alemania. En el plano internacional, el neoliberalismo fue impuesto por los gobiernos donantes mediante los programas bilaterales, pero de mayor importancia fueron las actividades del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. La recesión económica mundial prolongada de los años ochenta y la crisis de la deuda acarreada en el mundo en desarrollo empujó a muchos países de ingreso mediano y bajo al borde del colapso económico. Estos acontecimientos proporcionaron el contexto en el que los potentes gobiernos del norte y las instituciones financieras internacionales podían intervenir

directamente en las economías de numerosos países en desarrollo, requiriendo que tales países reestructuraran sus economías según las prescripciones neoliberales a efectos de poder renegociar la deuda y la ayuda continua⁵¹.

Las doctrinas neoliberales afectaron a la salud por medio de dos mecanismos principales: 1) las reformas del sector de la salud emprendidas por muchos países de ingresos mediano y bajo a partir de los años ochenta; y 2) los programas de ajuste estructural económico más amplios impuestos en un gran número de países como una condición para la reestructuración de la deuda, el acceso a los préstamos de nuevo desarrollo y otras formas de apoyo internacional. A estos instrumentos para la propagación del paradigma neoliberal se agregó un tercer dispositivo de especial importancia desde mediados de los años noventa: los acuerdos comerciales internacionales y las reglas establecidas por instituciones como la Organización Mundial del Comercio (OMC), formulados en 1995.

Las reformas del sector de la salud neoliberales de los años ochenta y noventa se dirigieron a tratar los problemas estructurales de los sistemas de salud, entre otros: la necesidad de poner límites a los gastos del sector de la salud y usar los recursos eficientemente; la mala gestión de los sistemas; el acceso inadecuado a los servicios por parte de las personas pobres, a pesar de la teoría de la atención primaria de salud; y finalmente la calidad deficiente de los servicios en muchos países y regiones^{lii,liii}. Lamentablemente, las reformas emprendidas no lograron remediar estos problemas y en algunos casos se agravaron realmente. A pesar de que los partidarios de las reformas reconocían que debían ser "sensibles al contexto", en la práctica la reforma del sector de la salud tendía a adoptar un menú limitado de medidas supuestamente válidas en todas partes⁵³. Las características del programa de reforma eran:

- Aumentar la presencia del sector privado en el sector de la salud utilizando estrategias como el estímulo de las opciones privadas para el financiamiento y prestación de los servicios de salud y la contratación
- Separar las funciones de financiamiento, adquisición y prestación de servicios
- Descentralizar (a menudo sin la reglamentación adecuada ni los mecanismos de rectoría a niveles subnacionales a los que se delegó la responsabilidad)
- Centrarse en la eficiencia (y no en la equidad) como criterio principal de actuación de las autoridades sanitarias nacionales, mientras que al mismo tiempo se reducen los recursos humanos y financieros del sector de la salud, de tal forma que el ejercicio de la rectoría eficaz se hace cada vez más difícil en la práctica

La eficacia de las medidas de la reforma del sector de la salud se han debatido mucho, pero han surgido datos probatorios de las repercusiones negativas en numerosos entornos. En muchos países, la capacidad de rectoría del gobierno se debilitó como resultado de la reforma. Un examen reciente de la reforma sanitaria en América Latina llega a la conclusión de que las modificaciones no lograron alcanzar los objetivos oficialmente indicados de mejorar la atención y reducir las inequidades en materia de salud; en efecto muchos procesos de reforma sectorial "causaron el efecto contrario: aumento de la inequidad, menos eficiencia y mayor insatisfacción, sin mejorar la calidad de la atención"^{liv}. Por otro lado, las

reformas lograron objetivos no oficiales que quizá hayan sido más importantes. La descentralización permitió a los gobiernos centrales "traspasar" los costos del sector de la salud a las autoridades regionales, estatales y locales y destinar los ahorros resultantes a nivel nacional a seguir reembolsando la deuda externa. La privatización creó oportunidades lucrativas para las organizaciones de servicios médicos prepagados (las llamadas "organizaciones para el mantenimiento de la salud [OMAS o HMOs, en inglés]) con base en los EE. UU. y para las compañías aseguradoras de salud privadas ansiosas por penetrar en los mercados latinoamericanos.

Los procesos en África y Asia encontraron diferentes obstáculos, pero en general la insatisfacción con los resultados fue similar. Un estudio comparativo detallado de procesos de reforma sanitaria en Ghana, la India, Sri Lanka y Zimbabwe concluye que los paquetes de reformas "no estaban diseñados apropiadamente para el contexto de los países en desarrollo" y "bastante alejados de la realidad de los sistemas de salud de los [países] y del más extenso ambiente sociopolítico". Entretanto, "la factibilidad política de las reformas fue sumamente dudosa, especialmente en los países asiáticos"^{lv}. La fe en los efectos intrínsecamente beneficiosos de la dinámica de mercado, que era la base de las propuestas de la reforma, estaba fuera de lugar en los países en desarrollo cuyas capacidades reglamentarias y administrativas eran relativamente flojas, ya que en realidad "el Estado actual debe tener aún más puntos fuertes y capacidades que sus arcaicos predecesores, si va a aprovechar las bondadosas eficiencias del mercado sin sufrir los efectos colaterales de este", incluidas las repercusiones negativas sobre la equidad //^{lvi}.

Los mismos supuestos que dieron forma a los procesos de reforma del sector de la salud fueron "patentes" en los programas de ajuste estructural macroeconómico implantados en muchos países de África, Asia y América Latina bajo la instrucción de las instituciones financieras internacionales. Dichos programas incluían de manera característica los siguientes componentes: la liberalización de las políticas comerciales (mediante la eliminación de aranceles y otras restricciones en las importaciones), la privatización de los servicios públicos y las empresas estatales, la devaluación de la moneda nacional y el cambio de dirección de la producción de alimentos y productos básicos para el consumo interno a la producción de productos para la exportación^{14,51}. Para comprender las repercusiones de los modelos económicos neoliberales en el intento de abordar los determinantes sociales de la salud, es importante recordar el impacto de los paquetes de ajuste estructural en el gasto social de muchos países. Un principio central de los programas de ajuste estructural era la reducción brusca del gasto público, que en muchos casos implicaba recortes drásticos en los presupuestos del sector social. Estos recortes afectaron a áreas de importancia clave como los factores determinantes de la salud, entre otros, la educación, los programas nutricionales, el agua y el saneamiento, el transporte, la vivienda y diversas formas de protección social y redes de seguridad, además del gasto directo en el sector de la salud. El hecho de disminuir bruscamente los presupuestos del sector público no solo impedía que las nuevas inversiones se dirigieran a los factores sociales y ambientales que influían en la salud, sino que las ayudas ya existentes se recortaron aún más. Los subsidios alimentarios, por ejemplo, se redujeron en muchos países, mientras que aumentaron los controles de precios en productos de primera necesidad. Además, muchos programas de ajuste estructural exigieron grandes y bruscos recortes en las nóminas de los sueldos del sector público. Los despidos súbitos lanzaron a un número enorme de personas

al desempleo, sin redes de seguridad y en muchos casos pocas perspectivas de encontrar un trabajo formal en el sector privado. Se han documentado los efectos negativos sobre la salud de los individuos, las familias y comunidades enteras. En algunos países, concretamente en África austral, la desestabilización social y la inseguridad resultantes contribuyeron a generar hambre, la propagación de conflictos armados y a la propagación rápida de la infección por el VIH/SIDA, donde los pobres, las mujeres y otros grupos socialmente desfavorecidos fueron los más perjudicados^{lvii}.

Como consecuencia de los programas de ajuste estructural y del malestar económico general mundial durante los años ochenta el gasto del sector social en muchos países cayó por los suelos, con efectos negativos sobre la situación de salud de las comunidades vulnerables. En los 37 países más pobres del mundo el gasto público en educación se redujo 25% en los años ochenta, mientras que el gasto público sanitario disminuyó 50%^{lviii}. Dado que los programas de ajuste estructural se ejecutaron a costa de un gran sufrimiento humano, se podría asumir que sus antecedentes en procurar fortaleza al crecimiento económico, su razón de ser oficial, serían impresionantes, pero lamentablemente no es este el caso. Muchos de los países de ingresos bajos que los aplicaron, en particular en África, vieron poco o ningún cambio en el crecimiento del PIB ni en otros indicadores económicos fundamentales después del ajuste. Así pues, el "sufrimiento a corto plazo" debido a los programas fue mucho peor de lo que las instituciones financieras internacionales habían previsto, mientras que la "ganancia a largo plazo" prometida no pudo materializarse en muchos casos^{14,51}.

En términos generales, la reducción del papel del Estado y la desregulación de los mercados exigidos por el modelo de desarrollo neoliberal creó condiciones probablemente poco propicias para la acción sistemática de mejorar la salud mediante la intervención sobre los determinantes sociales. Estas condiciones *fueron* ventajosas, sin embargo, para las ganancias de las empresas, para los prestamistas e inversores del Norte, para algunas elites del país en desarrollo y para las propias instituciones financieras internacionales. Los países siguieron en la mayoría de los casos reembolsando su deuda externa, aunque tuvieron que reducir el gasto social nacional.

1.8 De los años noventa en adelante: paradigmas refutados y cambio en las relaciones de poder

1.8.1 Debates sobre desarrollo y globalización

Las prescripciones económicas neoliberales siguieron aplicándose durante los años noventa. Sin embargo, a medida que avanzaba la década, estos modelos se empezaron a cuestionar cada vez más en los países en desarrollo y en un número creciente de organismos internacionales y en la zona norte del mundo. Los éxitos y los fracasos de la ortodoxia económica incorporada en los programas de ajuste estructural se debatieron intensamente y las acusaciones a las instituciones financieras internacionales se multiplicaron a lo largo de la década^{lix, lxi}. Se añadió más leña al fuego de las críticas cuando los países del anterior bloque soviético empezaron a registrar los efectos sociales y sobre la salud de los programas económicos de "terapia de choque" concebidos para transformar rápidamente la economía planificada de estas sociedades en un sistema del mercado^{lxii, lxiii}. Una serie de crisis económicas locales y regionales a lo largo de la década pusieron de manifiesto la volatilidad

del nuevo orden económico y la vulnerabilidad de las personas pobres y marginadas a las fluctuaciones económicas que los actores mundiales parecían incapaces de prevenir o no estaban dispuestos a hacerlo. Las críticas resultantes alimentaron un movimiento de protesta social y política creciente que saltó a los titulares internacionales cuando miles de manifestantes interrumpieron la reunión de la Organización Mundial del Comercio en Seattle, EE. UU., en 1999; se abrió así un período de protestas callejeras masivas presentes en casi todas las reuniones importantes de los organismos o instituciones internacionales de financiamiento y de comercio, y también en foros como el del G-8.

El concepto de "globalización" fue el centro de estas controversias. Los manifestantes y detractores denunciaban la amenaza de un orden económico mundial dominado por las empresas transnacionales y los flujos volátiles de los "capitales itinerantes", cuyos movimientos caprichosos podrían tener efectos devastadores en las economías nacionales y el bienestar de las comunidades pobres y vulnerables. Otros comentaristas recalcaban los beneficios de la integración progresiva económica y tecnológica y alegaban que el dinamismo de la economía mundial liberalizada era la clave para sacar a cientos de millones de personas de la pobreza, el hambre y la desesperación. Visiones contrapuestas de qué es o debe ser la globalización provocaba enfrentamientos en los medios de comunicación, las publicaciones académicas, los foros internacionales y los debates de los responsables políticos^{lxiv, lxv lxvi}.

Las instituciones internacionales que eran el blanco principal de muchos de los debates estaban experimentando cambios ellas mismas. Sacudidas por una ola de crítica intelectual y de ira popular sin precedentes, las instituciones de Bretton Woods y entidades como el Grupo de los Ocho (G-8) empezaron a replantear sus misiones respectivas, o como mínimo a modificar su discurso. Para intentar resolver más eficazmente los problemas de la deuda que azotaba a numerosos países en desarrollo, el Banco Mundial y el FMI lanzaron en 1996 la iniciativa para los países pobres muy endeudados (PPME), seguida de un programa "mejorado" de los PPME. Los programas de los PPME ofrecían modalidades cuidadosamente estructuradas para aligerar la deuda a más de cuarenta de los países más pobres (la mayoría en África), la ganancia resultante podría invertirse en gran parte en gastos sociales esenciales como la salud y la educación. Para galvanizar los esfuerzos de reducción de la pobreza, el Banco Mundial y el FMI introdujeron los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) en diciembre de 1999 como un "nuevo enfoque al reto de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, basado en las propias estrategias de reducción de la pobreza del país que servirían de marco para la ayuda al desarrollo"^{lxvii}. Aunque el DELP marco se presentó como un nuevo y atrevido punto de partida de los intentos para el desarrollo y la lucha contra la pobreza, los detractores preguntan si, en la práctica, los DELP no serán una simple "reencarnación del ajuste estructural"^{lxviii}. El valor del modelo de los DELP sigue debatiéndose. Los datos probatorios disponibles hasta el presente indican, sin embargo, que la estrategia de los DELP tiende a descuidar temas clave relacionados con la salud^{lxix}, mientras un informe de la OMS de 2002 no encontró ninguna prueba de que el proceso de los DELP condujera a un aumento significativo de los compromisos de gasto en salud y educación^{lxx}. Un estudio realizado en 2003 sobre 23 DELP provisionales de países pobres altamente endeudados (DELPp) llegó a la conclusión de que queda mucho por hacer para integrar políticas sanitarias apropiadas en las estrategias de reducción de la pobreza^{lxx}. En la mayoría de los DELPp revisados se observó una falta de

datos propios del país sobre la distribución de las enfermedades, así como en la composición de la carga de morbilidad, las limitaciones predominantes del sistema de salud y la repercusión de los servicios de salud. Es más, sólo en un grupo pequeño de DELPp se justificaban los intentos realizados para incluir explícitamente los intereses de los pobres en la formulación de la política sanitaria. De hecho, la mayoría no presentaba un enfoque explícito en favor de los pobres. La atención prestada para hacer la distribución de los gastos de salud pública más acorde con las necesidades de las personas pobres fue aun menor.

1.8.2 Señales contradictorias de la OMS

A finales de los años ochenta y principios de los noventa se observó una disminución de la autoridad de la OMS, al tiempo que el liderazgo de facto en la salud mundial se desplazaba de la OMS al Banco Mundial. En parte esto era debido a los enormes recursos financieros del Banco. En 1990, las operaciones crediticias del Banco en la población y el sector de la salud habían sobrepasado el presupuesto total de la OMS^{lxxi}. El cambio también reflejaba en parte la elaboración por parte del Banco de un marco integral de política sanitaria que poco a poco sentó los términos del debate internacional, incluso para sus adversarios. A pesar de ser criticable en muchos aspectos, el modelo de política sanitaria del Banco tal como fue presentado en el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 *Invertir en salud* mostró fuerza intelectual y coherencia con la ortodoxia económica y política reinante^{lxxii}.

A pesar de la erosión en la influencia de la OMS durante este período, las actividades de la Organización presentan un panorama complejo; muchos grupos dentro de la OMS o vinculados con ella emprendieron una labor importante y de amplias miras. Algunos intentos dieron un lugar preeminente a los determinantes sociales y ambientales. Por ejemplo, en determinadas regiones, casi todas en Europa, la acción para abordar los retos de equidad en materia de salud y las bases sociales de la salud continuó como parte de un compromiso inalterado con el ideal de Salud para Todos. Una iniciativa de la OMS dedicada a la equidad (1995-98) basada en la Sede de Ginebra arrojó luz sobre la comprensión de la equidad de salud al relacionarla principalmente con la posición de la gente dentro de la jerarquía social, y, por lo tanto, con el gradiente de poder social, económico y político^{lxxiii, lxxiv}. A pesar de la gran calidad intelectual de los productos, el impulso de la iniciativa se esfumó debido a los personalismos y las luchas políticas. La iniciativa se suspendió en 1998.

De 1994 a 1997, la OMS patrocinó el Grupo de Estudio sobre Salud en el Desarrollo, presidido por Branford Taitt y con la participación de otros responsables prominentes de la política y líderes de salud pública, que revisó las políticas mundiales de desarrollo y sus implicaciones para la salud, destacando el efecto de las condiciones sociales sobre la salud y alegando que el impacto sanitario entre las poblaciones vulnerables debe ser un criterio capital al conformar las opciones políticas para el desarrollo económico. Entre otros numerosos documentos, el Grupo de Estudio sobre Salud en el Desarrollo elaboró un documento de posición de la OMS para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 1995 en Copenhague. El documento se preguntaba sobre las "tendencias hacia la privatización y las economías de mercado" que caracterizaron la "globalización del sistema económico". Alegaba que los intentos para promover el crecimiento económico debían ir "acompañados del acceso más equitativo a los beneficios del desarrollo, ya que las inequidades tienen consecuencias graves para salud". Y recalca que los asuntos de salud podrían "abordarse

más eficazmente mediante la colaboración intersectorial" para hacer frente a factores como la pobreza, el desempleo, la discriminación sexual y la exclusión social^{lxxv}.

Lamentablemente, la repercusión práctica del grupo de estudio no fue proporcional a la solidez ética de sus argumentos. El grupo propuso un conjunto valioso de recomendaciones generales, pero no se proporcionó un mecanismo para la ejecución y el seguimiento. No hubo ningún intento sistemático para buscar países piloto o asociados para aplicar el asesoramiento del grupo de estudio en la formulación de políticas nacionales y medir las consecuencias. Dentro de la propia OMS no se habían previsto estructuras para poner en práctica los resultados del grupo de estudio; por último, estas enseñanzas tuvieron poca influencia cuantificable en el trabajo a nivel de país y el diálogo político de la Organización con los Estados Miembros.

A mediados de los noventa, la OMS hizo un gran esfuerzo en el intento de reinterpretar y refortalecer la estrategia de Salud para Todos bajo el estandarte de Salud para Todos en el siglo **XXI**^{lxxvi}. La revitalización de la salud para todos incluía un intento renovado de promover la acción intersectorial como un componente clave de las estrategias sanitarias públicas. Así pues, diez años después de las consultas técnicas sin precedentes de la Asamblea Mundial de la Salud de 1986 sobre la acción intersectorial para la salud, se lanzaba una nueva iniciativa de la OMS sobre la acción intersectorial para la salud. La iniciativa produjo un conjunto de artículos académicos y análisis sustanciales de la experiencia de la acción intersectorial para la salud a escala nacional y mundial y culminó en una importante conferencia internacional en Halifax, Nueva Escocia, en 1997. La existencia de la iniciativa de acción intersectorial para la salud puso de manifiesto tanto el continuo reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales y ambientales de la salud como las dificultades permanentes experimentadas por los países al abordarlos^{lxxvii}.

La llegada en 1998 de Gro Harlem Brundtland como Directora General trajo cambios significativos en el programa institucional de la OMS. Las prioridades de Brundtland incluían una nueva iniciativa sobre el paludismo (Hacer Retroceder el Paludismo), una campaña mundial contra el tabaco y un replanteamiento de los sistemas de salud. Gracias a Brundtland se recuperó en gran parte la empañada credibilidad de la OMS en los debates de desarrollo internacionales. Sin embargo, esta renovación tuvo un precio, y los sacrificios afectaron a áreas importantes en la capacidad de la Organización de promover la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, las ambiciones de Salud para Todos en el siglo **XXI** se redujeron bruscamente. En el área de la salud y el desarrollo, la firma de Brundtland fue la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS), presidida por Jeffrey Sachs. El argumento de base de la comisión no era nuevo, pero al poner números a la idea de que la mala salud de los pobres costaba a la economía mundial ingentes cantidades de dinero, la CMS captó la atención de los responsables de la formulación de políticas. Al cuantificar en dólares la recompensa económica potencial de mejorar la salud en los países de ingresos bajos y medianos, la CMS garantizaba de nuevo la prominencia de la salud como un tema de desarrollo. Dado que se expresaba en términos de eficacia en función de los costos y consideraba la salud en relación con los rendimientos de la inversión, la CMS quizá haya sido percibida como más realista, pragmática y en contacto con el mundo real que las iniciativas anteriores de la OMS tales como el Grupo de Estudio sobre la Salud en el Desarrollo, que había tratado los valores éticos e invocado "el coraje de cuidar"^{lxxviii}.

1.8.3 Enfoques de los determinantes sociales de la salud a escala de un país

Muchos países avanzaron a paso de gigante en el intento de abordar las dimensiones sociales de la salud a lo largo de los años noventa y principios de los 2000.

Las raíces directas de las campañas actuales para reconocer y abordar las inequidades en materia de salud socialmente determinadas se remontan al Informe de Lalonde, de Canadá,^{lxxix} (1974) y al Informe Black, del Reino Unido^{lxxx} (1980). La repercusión política inmediata del estudio Black fue escasa en este país gobernado en ese momento por el Partido Conservador de la Primera Ministra Margaret Thatcher, cuya dirección rechazó las recomendaciones de Black por considerarlas utópicas. Sin embargo, el documento generó gran interés en sectores de la comunidad científica. Inspiró varias investigaciones nacionales comparables sobre las inequidades en materia de salud en los Países Bajos, España y Suecia. Los especialistas en salud pública y los líderes políticos de varios países comenzaron a examinar las opciones políticas para abordar las pautas alarmantes reveladas por los estudios, aunque la actuación permaneció sujeta a los cambios en el poder político (por ejemplo, en España). Entretanto los efectos omnipresentes de los gradientes sociales en la salud se aclararon progresivamente, en particular gracias a los datos procedentes de los estudios de Whitehall sobre las respuestas de salud comparativas entre los funcionarios públicos británicos, dirigidos por sir Michael Marmot^{lxxxi, lxxxii}. En Canadá, a principios de los años noventa, se llevó a cabo una notable investigación interdisciplinaria patrocinada por el Instituto Canadiense para la Investigación Avanzada (CIAR) que reunió a los expertos de salud pública y otros ámbitos de las ciencias naturales y sociales para examinar conjuntamente "los factores determinantes de la salud de las poblaciones". El objetivo no fue sólo reforzar el conocimiento científico, sino señalar las opciones políticas eficaces para responder a la pregunta: ¿"Qué puede hacerse para mejorar el estado de salud de una nación democrática"? Los resultados y las recomendaciones clave del grupo, publicadas en 1994 con el título *¿Por qué algunas personas son sanas y otras no?*, influyeron en los debates en Canadá y otros lugares^{lxxxiii}.

El vocabulario específico de los "determinantes sociales de la salud" se empezó a usar con mayor frecuencia a partir de mediados de los años noventa. Tarlov (1996) fue uno de los primeros en emplear la expresión sistemáticamente. Planteó cuatro categorías de factores determinantes de la salud: los factores genéticos y biológicos, la atención médica, el comportamiento individual en relación con la salud y las "características sociales dentro de las que tiene lugar vida". Entre estas categorías, según Tarlov, "las características sociales son las predominantes"⁶. Una serie de publicaciones de gran relevancia generalizaron el uso de esta terminología^{lxxxiv}. Los investigadores indagaron en las preguntas sobre cómo las condiciones y procesos sociales podrían expresarse en las experiencias individuales de las enfermedades, así como en el asunto controvertido de si la desigualdad social y económica *per se* podría servir para comprender el estado de salud de todos los miembros de una sociedad, de tal manera que para un nivel dado de ingresos nacionales podría esperarse que las sociedades más igualitarias presentaran mejor salud que las menos igualitarias en todo el abanico de situaciones socioeconómicas^{lxxxv, lxxxvi}. La impresión creciente de que los datos probatorios procedentes de los determinantes sociales de la salud tenían implicaciones de gran alcance para la política pública condujo a intentar trasladar los hallazgos científicos pertinentes a un lenguaje más accesible para los responsables políticos y el público en

general^{lxxxvii}.

Los avances más rápidos tuvieron lugar en varios países de Europa occidental, en los que a fines de los años noventa y principios de los 2000 cobró impulso la acción política sistemática para hacer frente a las inequidades en materia de salud y abordar los determinantes sociales de la salud^{lxxxviii}. En algunos casos, concretamente en Suecia, el resultado ha llevado una notable reorientación de la salud pública hacia un enfoque social. En el Reino Unido, la llegada al poder, en 1997, de un gobierno laborista sensible a las inquietudes sobre la equidad en materia de salud generó una nueva ola de investigaciones e innovaciones de políticas que han situado al país en la vanguardia del abordaje de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las inequidades en materia de salud. Fuera de Europa, Australia, Canadá y Nueva Zelanda han sido los líderes en la investigación y acción política sobre las dimensiones sociales de la salud, aunque han salido a la luz tensiones entre los enfoques basados en los determinantes sociales de la salud y las estrategias más arraigadas en el mercado y los modelos individualizados de salud y atención de la salud^{lxxxix,xc6}. Por otro lado, el éxito de los intentos de abordar los determinantes sociales de la salud mediante la política pública no se ha limitado a los países de ingresos altos. En los años noventa, varios países en desarrollo empezaron también a ejecutar políticas e intervenciones prometedoras para atacar las raíces sociales de la mala salud. Para entender el significado de toda la variedad de enfoques que se ejecutan, los obstáculos y las soluciones propuestas y el empuje que ha surgido en torno a los determinantes sociales examinaremos a continuación los acontecimientos de algunos países a partir de los años noventa.

Para examinar y comparar los programas sobre determinantes sociales de la salud y las políticas nacionales se requiere una tipología que permita agruparlos coherentemente, para que aparezcan sus semejanzas y diferencias. El siguiente marco se ha elaborado con esta finalidad. Intervinieron en su creación Diderichsen, Evans y Whitehead (2001),⁷ Mackenbach *et al.* (2002)^{xcii} y otros; el marco clasifica las políticas de los determinantes sociales de la salud según sus puntos de acceso, es decir, la etapa de la producción social de enfermedades o de bienestar en la que se intenta intervenir. Para visualizar las relaciones entre estas estrategias, es útil adoptar la imagen de una "cadena de producción social" de mecanismos vinculados que va de la estratificación social subyacente a una distribución desigual de las respuestas de salud, y luego de nuevo desde la mala salud a la posición socioeconómica de la gente y las oportunidades. Hay cuatro puntos clave a lo largo de esta cadena en donde las políticas pueden intervenir:

- Tratando de reducir la **estratificación social** propiamente dicha, es decir, "reducir las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a diferentes posiciones socioeconómicas".⁹²

⁶ xc Crombie I et al. 2004. Closing the health inequalities gap: an international perspective. Dundee: NHS Health Scotland.

⁷ xci Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. 2001. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). 2001. Challenging inequities in health. Nueva York: Oxford UP.

- Tratando de reducir la **exposición específica** a factores que dañan la salud sufridos por las personas en posiciones desfavorecidas.
- Procurando reducir la **vulnerabilidad** de las personas desfavorecidas a las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran.
- Interviniendo mediante la **atención de salud** para reducir las consecuencias desiguales de la mala salud y prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre las personas desfavorecidas que se ponen enfermas.

En un sentido, estos cuatro puntos de acceso representan cuatro niveles "radicales" de las políticas posibles sobre los determinantes sociales de la salud. El primero atañe a los programas que procuran alterar la propia jerarquía socioeconómica mediante medidas redistributivas. El segundo y el tercero reflejan estrategias intermedias más moderadas dirigidas a proteger a los grupos desfavorecidos de las consecuencias negativas para la salud de su posición social, por ejemplo, mejorando las condiciones de trabajo o reduciendo el tabaquismo en los grupos de bajos ingresos. El cuarto punto está dirigido a las estrategias de prestación de atención médica que tienen por objeto la reparación del daño infligido por las fuerzas sociales en la salud de las personas vulnerables una vez que el daño ya se ha hecho y a prevenir los efectos de la enfermedad en la disminución aún mayor de su situación socioeconómica. La categorización de las políticas e intervenciones según estos cuatro puntos de acceso debería también cruzarse con una clasificación, dependiendo de si los programas se centran en la cobertura universal o por el contrario se dirigen a grupos específicos dentro de la población.

Varios programas nacionales elaborados a finales de los años noventa son particularmente ilustrativos de la tipología descrita anteriormente. Entre los numerosos casos que merecen discutirse, hemos elegido cuatro para el propósito del presente análisis. Se han seleccionado en primer lugar para ilustrar los puntos de acceso señalados anteriormente y en segundo lugar porque se puede aprender una lección no sólo del contenido real de las políticas, sino también de los procesos políticos de los que surgieron. La **existencia** y la accesibilidad a la documentación general sobre los antecedentes políticos fue un factor influyente en la elección de los ejemplos.

Suecia, estrategia integral de salud pública nacional

A finales de los años noventa, Suecia lanzó una estrategia de salud pública nueva e innovadora basada en un modelo de determinantes sociales. Como una revelación, la estrategia no define sus objetivos en cuanto a los datos de morbilidad o mortalidad. Más bien, se establecen objetivos de salud nacional al proyectar los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades. La meta general de la estrategia es "la creación de condiciones sociales que permitan lograr la buena salud, en idénticas condiciones, para toda la población"^{xciii}. La equidad en la salud es por lo tanto un objetivo central y explícito de la política de salud pública de Suecia. La estrategia está orientada a alterar el modelo de estratificación social que origina inequidades en materia de salud, mientras que al mismo tiempo trabaja a un nivel intermedio para abordar los factores de exposición y vulnerabilidad específica entre los grupos desfavorecidos.

La política se basa en 11 objetivos que reflejan los factores determinantes de la salud más importantes:

1. Participación e influencia en la sociedad
2. Seguridad económica y social
3. Condiciones seguras y favorables durante la niñez y la adolescencia
4. Vida laboral más saludable
5. Ambientes y productos sanos y saludables
6. Atención médica y sanitaria que promueva más activamente la buena salud
7. Protección eficaz contra las enfermedades transmisibles
8. Sexualidad segura y buena salud reproductiva
9. Mayor actividad física
10. Buenos hábitos alimentarios y alimentos sanos
11. Reducción del consumo de tabaco y alcohol, una sociedad exenta de drogas ilegales y una disminución de los efectos perjudiciales del juego excesivo.

Los seis primeros objetivos se relacionan con factores estructurales mientras que los cinco restantes "se refieren a la elección de modos de vida en los que un individuo puede influir, pero donde el ambiente social desempeña un papel importante. La responsabilidad para alcanzar estos objetivos recaen en diversos sectores y diferentes niveles en la sociedad", entre otros los municipios, los consejos de condado y las organizaciones de voluntarios, además del gobierno nacional⁹⁰. El programa incluye estrategias para reducir la desmembración de las viviendas y el aislamiento social, para aumentar la participación en las actividades de ocio saludable, para canalizar los recursos extra a las escuelas necesitadas y para reducir el desempleo y eliminar la discriminación laboral de los inmigrantes. En esencia, este enfoque procura fortalecer las condiciones que mejoran la salud en la sociedad que a su vez mejorarán la salud de los individuos, particularmente entre los grupos más vulnerables.

La estrategia se basa tanto en la tradición cultural sueca de solidaridad como en el modelo gubernamental de toma de decisiones basada en datos probatorios^{xciiv}. Suecia ha tenido desde siempre interés en las estadísticas vitales de su población. El gobierno mantiene registrados los nacimientos, las defunciones y las causas de mortalidad desde el siglo **XVIII**. Esto le ha brindado a Suecia una fuerte base de datos estadísticos para especificar las tendencias y los modelos causales en la salud.

La nueva política de salud pública se cristalizó a través de un proceso político consultivo en el que los representantes de los principales partidos políticos de Suecia y toda la sociedad

civil estaban implicados. La petición de acción sobre las causas sociales con consecuencias para la salud fue expresada por los investigadores, los políticos, los consejos del condado, los municipios y los trabajadores de asistencia sanitaria, que reclamaban normas y objetivos nacionales. El apoyo también vino de los sindicatos y las organizaciones no gubernamentales. La disponibilidad de datos fidedignos para mostrar las disparidades y los modelos de salud fue un factor decisivo para galvanizar la presión a favor de la acción.

Un miembro de la secretaría que apoyaba el impulso de la política informó que, en la etapa de diseño de la política, se enviaron encuestas a diferentes sectores del gobierno para examinar cómo sus actividades sectoriales influían en la salud pública. Teniendo en cuenta una perspectiva de determinantes sociales, en contraposición con una perspectiva de enfermedades, era relativamente fácil que los sectores ajenos a la salud analizaran las consecuencias de sus actividades para la salud. De esta manera otros sectores se involucraron de cerca en el proceso de diseño de la política desde el principio. Mediante la preparación, circulación y reiteración de los "documentos verdes" se pudo proporcionar retroalimentación a la comisión. También se promovió la participación de grupos de la sociedad civil. Las organizaciones de la sociedad civil recibieron documentos verdes para comentarlos, y muchas proporcionaron aportaciones sustantivas⁹⁴.

Reino Unido: coordinar la política nacional y local para atacar las inequidades en materia de salud

Las recomendaciones del Informe Black de 1980 tuvieron poca repercusión en Gran Bretaña durante los años de gobierno conservador (1979-1997). Durante este período la línea divisoria de salud social documentada por Black se ensanchó considerablemente. A finales de los noventa, los hombres ingleses nacidos en una familia de profesionales podían esperar vivir por término medio casi 10 años más que aquellos cuyos padres tenían trabajos no cualificados. Los pequeños pasos para hacer frente a las "variaciones en la salud" durante los últimos años del gobierno conservador no alteraron prácticamente la tendencia. Los años de gobierno conservador vieron un aumento sustancial de las desigualdades en los ingresos en el Reino Unido y una explosión del número de familias que vivían con ingresos bajos. Entre 1998 y 1999, 14,3 millones de personas (cerca de un cuarto de la población) y 4,4 millones niños (aproximadamente uno de cada tres) vivían en su hogar con menos de la mitad del salario medio nacional^{xcv}.

En 1997, el primer ministro laborista, Tony Blair, llegó al poder e hizo de la acción sobre las inequidades en materia de salud una de las políticas prioritarias nacionales. Al mes de asumir el cargo, Blair reconoció públicamente la conexión entre la pobreza y la salud (una relación que los líderes del gobierno anterior habían sido reacios a admitir). El gobierno laborista nombró a sir Donald Acheson para presidir una Investigación Independiente sobre las Desigualdades en la Salud, encargada de "identificar las áreas prioritarias para la formulación de políticas futuras que redujeran las inequidades en materia de salud"^{xcvi}. Publicado en 1998, el informe Acheson suministraba una síntesis integral de datos científicos sobre una variedad de temas que vinculaban la salud a las condiciones sociales y presentaba 39 recomendaciones. De estas, el Comité de Investigación destacó tres como especialmente cruciales:

1. Todas las políticas que puedan tener una repercusión sobre la salud deben evaluarse en cuanto a su impacto sobre las inequidades en materia de salud.
2. Se asignará una alta prioridad a la salud de las familias con niños.
3. Se tomarán medidas adicionales para reducir las desigualdades en los ingresos y mejorar el nivel de vida de los hogares desfavorecidos.

La investigación independiente recalcó, pues, firmemente la importancia de la acción política para reducir las desigualdades de riqueza y recursos dentro de la sociedad, con objeto de abordar las raíces de las inequidades en materia de salud (punto de acceso uno, visto anteriormente). El gobierno se tomó el trabajo de armonizar sus políticas con las recomendaciones clave del Informe Acheson. *Reducir las inequidades en materia de salud: un programa a favor de la acción*, publicado en 1999, resumió los esfuerzos del gobierno en toda una serie de áreas, por ejemplo:

- *Aumentar el nivel de vida y combatir los ingresos bajos* mediante el aumento de los niveles de prestación social y la introducción de un salario mínimo.
- Centrarse en la *educación y desarrollo del niño en la primera infancia*, por ejemplo mediante la creación de servicios preescolares de "Comienzo Sano" en las zonas desfavorecidas.
- Fortalecer el *Empleo* mediante la creación de diversos esquemas de bienestar laboral para grupos prioritarios.
- *Construir comunidades saludables* mediante iniciativas de regeneración en las zonas desfavorecidas, incluida la creación de Zonas de Acción Sanitaria.^{95,xcvii}

En 2001, el secretario de estado de Sanidad anunció dos objetivos nacionales para la reducción de las inequidades en materia de salud en 2010, uno definido en términos de población destinataria caracterizada por la clase de ocupación/social, el otro definido geográficamente en términos de zonas desfavorecidas. Las metas eran: 1) reducir al menos en un 10% la brecha en la mortalidad entre grupos de trabajo manual y la de la población en su totalidad y 2) reducir al menos en un 10% la brecha en la esperanza de vida al nacer de la quinta parte de las áreas y la de la población en su totalidad^{xcviii}. Se admitió que para alcanzar estas metas se debería actuar desde todos los niveles y departamentos del gobierno, estableciendo puentes entre las fronteras tradicionales de responsabilidad. En consecuencia, entre mediados de 2001 y mediados de 2002 se realizó una Revisión Transversal sobre Inequidades Sociales dirigida por la Tesorería para examinar de que forma se podría coordinar el trabajo de los departamentos del gobierno y los programas para el logro de las metas y de que forma el gasto estatal podría reducir más eficazmente las inequidades en materia de salud^{xcix}.

La estrategia general del gobierno para reducir las brechas de salud mediante la acción sobre los determinantes sociales es distintiva por su énfasis simultáneo sobre los esfuerzos generales redistributivos coordinados a nivel nacional y sobre las iniciativas basadas en áreas gestionadas localmente. Entre los principales programas redistributivos nacionales,

uno de los más ambiciosos fue la introducción del primer salario mínimo nacional en el Reino Unido, en abril de 1999. Más de un millón y medio de trabajadores con salario bajo tuvieron derecho a una paga mayor como resultado de esta medida. Esto y otras medidas nacionales a lo largo del primero de los cuatro ciclos presupuestarios del gobierno de los nuevos laboristas tuvieron una repercusión positiva para evitar la desigualdad en los ingresos de toda la nación. Las familias con los ingresos más bajos vieron como aumentaban entre 1997 y 2000 (aproximadamente un 9% para los del decil más bajo), mientras que las de los deciles más altos experimentaron una caída moderada de sus ingresos⁹⁵.

Al mismo tiempo, también se fomentaron las iniciativas locales de área como un mecanismo clave para fortalecer la salud en las comunidades desfavorecidas mejorando las condiciones de vida y haciendo frente a la exclusión social. Entre las iniciativas de área mejor analizadas están las Zonas de Acción Sanitaria (ZAS) establecidas en 1997 en 26 vecindarios desfavorecidos a lo largo del país. Las ZAS incluyen alianzas entre los organismos estatutarios locales, las autoridades sanitarias y los grupos de voluntarios y grupos de la comunidad que colaboran para idear maneras innovadoras de reducir las inequidades en materia de salud. Originalmente se diseñaron como proyectos piloto de siete años y su objeto era "examinar los mecanismos para superar las fronteras organizativas actuales a fin de hacer frente a las desigualdades y prestar mejores servicios"^c. Las actividades emprendidas abarcaban una amplia gama de determinantes sociales. Entre otros, ampliar las oportunidades de formación y trabajo para la gente local, promocionar los logros educativos entre los desfavorecidos, contribuir al establecimiento de la cohesión social mediante estrategias variadas de apoyo a las comunidades y mejorar el acceso a la atención sanitaria. El progreso inicial de las ZAS fue desigual, y algunos agentes locales estaban molestos por la decisión tardía de los funcionarios nacionales de exigir a todas las ZAS que demostraran su contribución a las prioridades nacionales en lo relativo a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades mentales, una decisión que parecía comprometer la autonomía local. Sin embargo, a pesar de estas dificultades las ZAS y otras iniciativas locales han contribuido con innovaciones prometedoras a abordar algunas ZAS clave. En algunos casos, la concientización de salud y la comprensión de la repercusión de los determinantes sociales de la salud han aumentado dentro de la comunidad y los interesados directos locales se han comprometido con entusiasmo¹⁰⁰.

Canadá, puntos de acceso de los determinantes sociales de la salud y futuro del estado de bienestar

Canadá está considerado desde hace mucho tiempo un líder de la salud pública internacional, concretamente al abordar los factores determinantes generales de la salud y fortalecer la participación comunitaria en los procesos de salud pública^{ci}. El informe Lalonde de 1974 fue uno de los primeros estudios en proponer un marco integral para comprender los factores determinantes de la salud, incluidos el modo de vida y el entorno físico y social, y reconocer la función limitada de la atención de salud para mejorar la salud. Otras iniciativas canadienses de salud pública dignas de mención son el movimiento comunidades saludables de los años ochenta y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986. La tradición de investigación en medicina, salud pública y ciencias sociales del país le ha permitido contribuir significativamente al conocimiento científico mundial basado en los determinantes sociales de la salud y también ha alimentado encendidos debates de política

interna.

El sistema político federal de Canadá asigna la responsabilidad principal de la salud y la política social a las provincias y las jurisdicciones, en lugar de centralizar la toma de decisiones a nivel nacional. En los años noventa se realizaron progresos importantes en la formulación de políticas ambientales receptivas a los enfoques de determinantes sociales de la salud en los gobiernos federales, provinciales y jurisdiccionales. En 1994 los ministros de Sanidad del país adoptaron la acción intersectorial para la salud como una de las directrices clave para mejorar la salud de los canadienses^{cii}. Un documento de la posición Canadá sobre la Salud de 1998 identificó una variedad de factores determinantes de la salud como blancos potenciales para la acción política, que incluía: "ingresos y posición social, redes de ayuda social, educación, empleo y condiciones de trabajo, desarrollo saludable del niño, servicios de salud, sexo y cultura"^{ciii}. En 1999, los diferentes niveles de gobierno respaldaron un programa de salud de la población, que hacía hincapié en las causas que están en el origen de las secuelas de salud. El modelo de salud de la población intenta tratar las condiciones y los factores interrelacionados que influyen en la salud de la gente a lo largo de la vida. También identifica las variaciones sistemáticas en la distribución social de tales factores y aplica el conocimiento resultante para elaborar y ejecutar políticas y acciones. La reducción de las inequidades entre los grupos de población es una meta abarcadora y la acción intersectorial en favor de la salud una estrategia sobresaliente^{civ}.

La estructura federal de Canadá capacita y al mismo tiempo tiene una influencia complicada en la salud pública y en particular en los intentos de abordar los determinantes sociales de la salud. A nivel local han surgido muchos ejemplos exitosos de acción intersectorial para la salud, y algunas provincias han logrado avances notables con políticas sobre los determinantes sociales seleccionados. Sin embargo, la coordinación nacional general es difícil, y algunos detractores han señalado que los grandes compromisos de principio sobre la política de salud pública se han traducido sólo muy lentamente en hechos concretos^{101,cv}. Un artículo de Sutcliffe y otros colegas escrito en 1997 informaba que "muchas provincias no contaban con ningún dato de los programas establecidos en los que se abordarían los factores determinantes de la salud más generales o que usarían estrategias múltiples"¹⁰¹. En los primeros años del presente siglo, el sistema de atención médica siguió absorbiendo la mayoría de los recursos del sector sanitario, con menos del 3% de gasto sanitario asignado a la promoción y prevención de la salud^{105,cvi}.

Los debates nacionales sobre las políticas de la salud y de atención de salud se intensificaron a fines de los años noventa, entrelazados con discusiones mayores acerca del futuro del estado benefactor y la influencia creciente del neoliberalismo sobre la economía y la vida pública de Canadá. Los años noventa se percibieron como una era de gran prosperidad, no obstante, las brechas económicas entre los pudientes y desfavorecidos del país se habían ensanchado sustancialmente durante la década^{cvii}. Teeple (2000) describió las condiciones políticas y económicas que habían permitido la creación del estado benefactor canadiense después de la segunda guerra mundial, incluyendo la fuerte identidad nacional y la necesidad percibida de mitigar el conflicto de clases^{cviii}. También indicó cómo esas condiciones habían cambiado desde los años setenta con la globalización económica y un cambio hacia los modelos neoliberales que influían en los ámbitos políticos. Partiendo de tales análisis, algunos expertos en salud pública canadienses criticaron la tendencia hacia la liberalización

y la privatización, que vieron acopladas con un énfasis creciente en la salud pública centrada en los factores de riesgo individuales a expensas de las inequidades sociales y económicas subyacentes. La discusión de las políticas de salud pública y determinantes sociales de la salud sigue enfrentando, en Canadá, a los partidarios de enérgicas medidas redistributivas orientadas a reducir la estratificación social (punto de acceso 1) con los defensores de un enfoque con miras más cortas basado en la reducción de las exposiciones y riesgos de los grupos desfavorecidos (puntos de acceso 2-3)^{cxix}.

Oportunidades en México, un programa con “varios flancos” a favor de las familias desfavorecidas

El gran éxito del programa Oportunidades en México muestra que puede lograrse una acción política innovadora sobre determinantes sociales de la salud en los países en desarrollo. Oportunidades (hasta 2002 PROGRESA) es un programa contra la pobreza en el que se hacen transferencias de dinero en efectivo condicionales para inducir a los padres pobres de las zonas rurales a enviar a sus hijos a la escuela, aumentar el uso de servicios preventivos y otros servicios médicos y adoptar mejores hábitos de nutrición. Lanzado por primera vez en 1997 a nivel nacional, el programa ha producido tales consecuencias positivas en la mejora de la salud y la educación que el gobierno lo ha ampliado también a las familias pobres en los entornos urbanos. Oportunidades se apoya en la idea de que hay un efecto sinérgico, es decir que las mejoras en educación, salud y nutrición se refuerzan mutuamente. Además ha conseguido trascender la “mentalidad de silo” de los ministerios del sector social^{cx}. El programa es por definición de objetivos concretos más que de cobertura universal. Trata de proteger a las familias pobres contra ciertas formas de exposición diferencial y vulnerabilidad, al tiempo que también facilita mejor acceso a los servicios de atención de salud (nuestros puntos de acceso 2-4).

La finalidad principal de Oportunidades es aumentar las capacidades de los extremadamente pobres en México, quienes fueron identificados sobre la base de una estrategia dirigida de múltiples niveles^{cxii}. El diseño del programa es no convencional ya que proporciona incentivos monetarios, equivalentes a un aumento del 25% de los ingresos familiares, a las familias para aumentar su uso de los servicios sanitarios y escolares, con el objetivo final de inducir a los padres a adoptar decisiones que proporcionen a sus hijos mejor salud y educación. Las transferencias de dinero en efectivo van a la madre de la familia, una estrategia intencional que está diseñada para dirigir los fondos al hogar a fin de mejorar la educación y nutrición de los niños^{cxiii}. Es importante señalar que los planes para la evaluación y el seguimiento riguroso e imparcial se incorporaron en Progres a desde su inicio, lo que fortaleció la credibilidad científica y política del programa por documentar los resultados cuantificables en cada una de las tres áreas objetivo del programa.

En lo que se refiere a la salud, Progres a (y posteriormente Oportunidades) desembolsaba las transferencias de dinero en efectivo sólo si todos los miembros de la familia aceptaban los servicios de salud preventivos prestados por una división del Instituto Mexicano del Seguro Social^{cxiii}. El paquete de servicios de salud está orientado a los problemas de salud más comunes y a las posibilidades más significativas para la prevención como el saneamiento, la planificación familiar, la atención antes y después del parto, la prevención y tratamiento de las infecciones respiratorias, la prevención de accidentes y primeros auxilios, entre otras^{cxiv}.

Al mismo tiempo, el programa procura mejorar la calidad de los servicios disponibles a través del sostén público, en particular garantizando una administración regular de los medicamentos, mayor número de doctores y enfermeras y mejores sueldos para los trabajadores de asistencia sanitaria¹¹⁰. Los resultados de un estudio patrocinado por el Banco Mundial en 2001 mostraban la mayor utilización de los consultorios de salud pública para la atención preventiva, menos ingresos seguidos de hospitalización y un mejoramiento significativo en la salud tanto de los niños como de los adultos que participaron en el programa; con Progresá los niños experimentaron una reducción del 23% en las enfermedades, un aumento del 1-4% en la talla y una reducción del 18% en las anemias, en relación con los niños que no estaban en el programa¹¹². Los adultos declararon que el número de días con dificultades en las actividades diarias debido a problemas de salud había disminuido y también el número de días encamados debido a enfermedad, igualmente manifestaron que el número de kilómetros que podían caminar sin cansarse había aumentado significativamente.

En educación, se otorgan becas a todos los niños menores de 18 años que se matriculan en la escuela durante el período en el que el riesgo de abandono es mayor (el tercer grado de escuela primaria y el tercer nivel de escuela secundaria). Dado que los niños a menudo contribuyen a complementar los ingresos de la familia en momentos de dificultades económicas, el tamaño de la beca se calibra para compensar parcialmente los jornales perdidos, con aumentos a medida que el niño progresa en la escuela. Por otro lado, una subvención algo más grande se concedía a las niñas, partiendo de la premisa de que tienen mayor probabilidad de abandonar los estudios que los niños. Como resultado del programa, se produjo un aumento del número de matrículas escolares en secundaria, en concreto un aumento del 11-14% para las niñas y del 5-8% para los niños. La transición a la escuela secundaria aumentó casi un 20% y el trabajo infantil disminuyó^{cxv}.

Para reforzar la nutrición, las transferencias de dinero en efectivo se hacen sólo si los niños de 5 años de edad y menores y las madres que amamantan asisten a los consultorios de monitoreo nutricional donde se mide el crecimiento, y en el caso de las embarazadas si visitan los consultorios para la asistencia prenatal, los suplementos nutritivos y la educación de salud. Además, se proporciona una transferencia fija de 11\$ por mes para mejorar la alimentación. También se proporcionan suplementos nutritivos que representan el 20% de la ingesta calórica y el 100% de las necesidades de micronutrientes de los niños y las mujeres que amamantan. Una evaluación en el año 2000 mostró que los niños menores de 5 años a los que se les **exigió** la atención para niños y que recibieron ayuda nutricional tenían una incidencia inferior al 12% en las enfermedades que los niños que no estuvieron en el programa^{cxvi}. El estado de nutrición fue mejor para los niños del programa, lo que daba lugar a una probabilidad reducida de atrofas en los niños de 12 a 36 meses^{cxvii}. Además, los beneficiarios manifestaron que el consumo calórico era mayor y su régimen alimentario más variado, con más frutas, verduras y carne. Las carencias de hierro también se redujeron en un 18%^{cxviii}.

El gobierno mexicano se comprometió a reforzar el programa desde su lanzamiento en 1997. En el año 2000 cubría a aproximadamente 2,6 millones de familias, cerca de un tercio de las familias rurales de México, y funcionaba en 50.000 distritos rurales^{cxix}. En 2002 el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó una subvención de mil millones de dólares

estadounidenses, el mayor préstamo jamás concedido a México, para la consolidación y la ampliación de Progres a las zonas urbanas y para asegurar la sostenibilidad a medio y largo plazo. El éxito del programa Progres/Oportunidades ha llevado a la ampliación de esta clase de enfoques multisectoriales a otras partes de América Latina como Argentina, Brasil, Colombia, Honduras y Nicaragua.

La evaluación rigurosa externa del proyecto ha sido clave para mantener la legitimidad política. Como resultado, el programa ha gozado de un fuerte apoyo político a nivel presidencial y de las secretarías federales de Educación, Salud y Desarrollo Social. Durante la transición política del año 2000, los buenos resultados de la evaluación y el actual compromiso político en la lucha contra la pobreza hicieron posible que el programa no sólo sobreviviera, sino que se ampliara^{cxx}.

Los ejemplos precedentes describen sólo algunas de las respuestas políticas de orden nacional a los determinantes sociales de la salud que empezaron a surgir en los años noventa y se han continuado y ampliado en muchos entornos. Estos ejemplos destacan el impulso creado alrededor de los determinantes sociales de la salud y las principales cuestiones científicas y políticas que siguen provocando el debate.

1.9 Principios del siglo XXI: crece el impulso y nuevas oportunidades

En los primeros años del presente siglo la acción política sobre los determinantes sociales de la salud ha seguido avanzando en los países "punteros"^{88,90}. Entretanto, el contexto general mundial de salud y desarrollo ha evolucionado por vías que proporcionan aperturas estratégicas para ampliar aún más estos logros.

Hoy, la agenda de desarrollo mundial está cada vez más configurada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptados por 189 países después de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en septiembre de 2000. Los ocho ODM están ligados a metas cuantitativas e indicadores de reducción de pobreza y hambre; la educación; el empoderamiento de las mujeres; la salud infantil; la salud materna; el control de las enfermedades epidémicas; la protección del medio ambiente y el desarrollo de un sistema de comercio justo mundial. Los ODM han vuelto a concentrar decisivamente la atención en la necesidad de la acción multisectorial coordinada. El marco de los ODM va más allá de la idea de que los problemas urgentes de desarrollo y sociales de los países en desarrollo pueden abordarse aisladamente unos de otros, con políticas de "mentalidad silo" en sectores específicos. Sin progreso en la lucha contra la pobreza, el fortalecimiento de una alimentación segura, el aumento del acceso a la educación, el empoderamiento de las mujeres y el mejoramiento de las condiciones de vida en los barrios pobres, por ejemplo, los ODM específicos de la salud no se lograrán en muchos países de ingresos bajos y medianos. Al mismo tiempo, sin progreso en la salud, los países no lograrán alcanzar las metas de los ODM en otras áreas.

Tres de los ocho ODM están directamente centrados en la salud y varios de los otros tienen componentes importantes de ella, confirmando que, en términos generales, la salud en los 2000 ocupa un puesto más alto en la agenda de desarrollo internacional que nunca^{1,cxxi}. Esta nueva preponderancia se ha nutrido tanto con las intervenciones de alto nivel, tal que la

Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS, como con los esfuerzos en curso de las comunidades y los grupos de la sociedad civil movilizados para presionar en favor de la salud como derecho humano. La importancia creciente de la salud como tema de desarrollos se ha entrelazado con una concientización y preocupación creciente por las inequidades en materia de salud entre y dentro de los países. El interés que despiertan estas desigualdades crea más oportunidades de ejercer un efecto multiplicador sobre los determinantes sociales de la salud, ya que los factores sociales son la causa de la mayoría de las disparidades de salud.

Entretanto, el apoyo general cosechado por los ODM señala la aparición de un nuevo clima, relativamente más consensual, en la salud y desarrollo internacionales, que va más allá de las polarizaciones de los años noventa y crea las bases para un trabajo de alianza con mayor colaboración entre los diversos actores. Los años noventa se caracterizaron por cargados enfrentamientos ideológicos sobre la globalización, a menudo proyectada como "totalmente buena" o "totalmente mala". Este clima de oposición binaria ha dado paso a análisis más matizados en muchos círculos. Reconocer la complejidad y ambigüedad para desplegar los procesos mundiales político-económicos ha llevado a muchos actores a comprometerse con una postura cooperativa más pragmática. Por otro lado, ha surgido un interés compartido de maximizar los beneficios reales de los procesos mundiales aunque se reconoce al mismo tiempo el daño que pueden causar, en particular a los grupos vulnerables, e instituir políticas para limitar estos efectos negativos y lograr una distribución más equitativa de los costos y beneficios^{cxxii, cxxiii}.

Los conflictos armados, la degradación del medio ambiente y las inquietudes en torno a la seguridad mundial siguen constituyendo las principales amenazas y provocando la polarización. Sin embargo, en términos generales, ha surgido un sentido más claro de la interdependencia mundial, y los interesados directos en diferentes países y sectores son cada vez más conscientes de que deben colaborar. La conciencia de esta interdependencia corrobora los ODM como un pacto mundial sin precedentes entre las naciones desarrolladas y en desarrollo⁷. Ideas similares guiaron en marzo de 2002 la Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo en Monterrey, México. Mientras el progreso sigue siendo desigual frente al objetivo a largo plazo de ayuda al desarrollo del 0,7% del PNB del país donante, la fuerza acumulativa de los compromisos del Milenio y Monterrey marca un cambio de dirección del modo de pensar en lo relativo a la cooperación para el desarrollo. Bajo los ODM y compromisos de Monterrey, los "países han acordado trabajar mutuamente para dar cuentas, y los ciudadanos de los países de ingresos altos y bajos están facultados para pedir explicaciones a sus propios gobiernos"⁸.

En lo que va de siglo, también ha habido una evolución en la función de la OMS al promover la acción sobre la equidad de salud y las dimensiones sociales de la misma. En 2003, Lee Jong-wook fue elegido Director General de la OMS en una plataforma de renovada conexión con los valores de Salud para Todos, mediada por el estilo personal de Lee como un pragmático creador de consenso. En diciembre de 2003 Lee escribió en la revista *The Lancet*:

Una parte crucial de la justicia en las relaciones humanas es la promoción del acceso equitativo a las condiciones de salud propicias. El objetivo de Alma-Ata de Salud

para Todos estaba en lo cierto. Como también lo estaban los principios básicos de la atención primaria de salud: el acceso equitativo, la participación comunitaria y los métodos intersectoriales para mejorar la salud. Estos principios deben adaptarse al contexto de hoy¹²¹.

En su discurso ante la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2004, Lee anunció la intención de la OMS de crear una comisión mundial sobre factores determinantes de la salud para hacer avanzar la agenda en favor de la equidad y fortalecer el apoyo de la Organización a los Estados Miembros en la implementación de enfoques integrales sobre los problemas de salud, incluidas sus raíces sociales y ambientales. Lee declaró que la comisión estaría orientada hacia la acción práctica. "El objetivo es reunir el conocimiento de los expertos, especialmente aquellos con experiencia práctica en abordar estos problemas. Esto puede proporcionar la orientación a todos nuestros programas"^{cxxiv}.

2. TRASLADAR TODO ESTO AL SIGUIENTE NIVEL: LA COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

2.1 Objetivos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud se ha creado en un momento en el que el impulso en favor de la acción sobre los determinantes sociales de la salud está creciendo. La convergencia de factores relacionados con datos probatorios científicos, la movilización de las jurisdicciones pertinentes y una política más general de desarrollo ha creado condiciones en las que los avances sin precedentes de la política de salud para abordar los determinantes sociales de la salud están al alcance. Pero muchos países y comunidades siguen estando excluidos, concretamente en algunas partes del mundo donde la falta de salud y las repercusiones negativas de los determinantes sociales de la salud son mayores. Se necesita ahora un buen empujón para captar el impulso existente sobre los determinantes sociales de la salud y llevarlo al próximo nivel: facilitar una mayor comprensión y aceptación de las estrategias de los determinantes sociales de la salud entre los encargados de adoptar las decisiones y los interesados directos, en particular en los países en desarrollo, trasladar el conocimiento científico a los programas de política pragmática adaptados al nivel económico de los países en desarrollo, identificar las intervenciones exitosas y mostrar cómo pueden ser ampliadas y finalmente garantizar que los determinantes sociales estén perennemente anclados en los enfoques de la política sanitaria de la OMS y otros actores mundiales. Estas son las tareas que la Comisión llevará a cabo.

Durante los tres años de actividad, la Comisión ha centrado su atención en hacer visibles, comprender y reconocer la importancia de los cambios que permitan las relaciones sociales y los factores que influyen sobre la salud y los sistemas sanitarios. Basándose en esto se darán a conocer y debatirán ampliamente las oportunidades para la política y la acción, así como los costos de no actuar. Un número creciente de instituciones que trabajan en relación con la salud a nivel local, nacional y mundial usará este conocimiento y ejecutará las políticas públicas pertinentes que afectan a la salud. El liderazgo, el interés público y las instituciones habilitadas dentro y fuera del sector sanitario apoyarán esta transformación. Los determinantes sociales de la salud se incorporarán en la planificación, la política y el trabajo

técnico de la OMS.

Los objetivos de la Comisión son ambiciosos. Para lograrlos, tendrá que basarse en el trabajo de los antecesores, comprender sus limitaciones y obstáculos e ir más lejos. En todo ello estarán implicadas decisiones estratégicas guiadas por la buena comprensión de la historia.

2.2 Cuestiones clave para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

El panorama histórico anterior hace hincapié tanto en los desafíos que la Comisión puede encontrarse como en las razones por las que este intento es tan vital ahora. También ofrece lecciones para la Comisión y plantea preguntas que los vocales pueden debatir a medida que definan sus objetivos y estrategias con mayor precisión. En las siguientes páginas nos centramos en cuatro temas que el examen histórico ha demostrado tener una importancia crucial. En cada una de estas cuatro áreas identificamos una o más preguntas específicas que la Comisión necesitará aclarar.

2.2.1 Alcance del cambio: definición de los puntos de acceso.

Los intentos para promover el cambio en la política sanitaria pueden tener un alcance más o menos ambicioso. Este tema se ilustra históricamente por el contraste entre la atención primaria de salud integral y selectiva, es decir, entre el programa de Salud para Todos protagonizado por Mahler en Alma-Ata y la revolución en materia de supervivencia infantil dirigida por Grant y el UNICEF en los años ochenta. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud se enfrentará con su propia versión del reto y la elección personalizada en estas dos figuras y sus estrategias respectivas. Por un lado, la Comisión podría verse ella misma dirigiendo una "revolución copernicana" al pensar y actuar sobre política sanitaria, con implicaciones de gran alcance para las estructuras sociales y para la forma en que los gobiernos hacen negocio al ejercer su responsabilidad en favor de la salud de la población. Por otro lado, la Comisión podría tener expectativas más modestas y dedicarse sencillamente a la creación y promoción de "herramientas" de intervención que los estados podrían ejecutar rápidamente, sin cambios significativos en su gobernanza y estructuras presupuestarias existentes ni de sus relaciones con instituciones financieras internacionales y donantes (los determinantes sociales de la salud equivalentes en la estrategia VRIL). Y desde luego la elección no debe ser formulada como una doble alternativa. Podrían buscarse diversas posiciones de compromiso que combinarían algunos de los puntos fuertes de ambos enfoques. No obstante, el hecho es que la Comisión inevitablemente tendrá que "aterrizar en algún sitio" en lo que podría denominarse el problema Mahler-Grant. Este posicionamiento debería ser el resultado de una elección consciente, razonada y colectiva, en lugar de surgir sencillamente al azar de las interacciones del día a día de la Comisión con los socios y los medios de comunicación.

En lo que se refiere a la comunicación, esta decisión tiene que ver con la elección del vocabulario por parte de la Comisión (por ejemplo, "justicia social" frente a "eficiencia" o "reducción de las disparidades"). En lo que se refiere a las acciones y políticas de los países, tiene que ver con los puntos de acceso. Las decisiones acerca de los términos no son "meras" sutilezas lingüísticas, sino que tienen implicaciones en la manera de trabajar de la Comisión con los países y el tipo de políticas que trate de promover. Según se muestra en los ejemplos

de países vistos anteriormente (sección 1.8.3), las políticas e intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud pueden comprometer las estructuras sociales a diferentes niveles. Las políticas con miras más amplias pueden tener por objeto reducir extraordinariamente los gradientes de riqueza y poder entre grupos diferentes en la sociedad mediante procesos redistributivos. Al otro extremo del espectro, las intervenciones de atención de salud proyectadas sobre grupos desfavorecidos tratan de reparar o paliar el daño infligido por la desigualdad social, una vez que tal desigualdad ya se ha traducido en enfermedad física que afecta a los cuerpos de los individuos desfavorecidos. A lo largo de este espectro, será crucial para la Comisión determinar el nivel o los niveles sobre los que tratará de promover el cambio. La tipología o cartografía de los puntos de acceso para la acción política sobre los determinantes sociales de la salud y las inequidades en materia de salud se describió anteriormente. Presenta los siguientes puntos de acceso para las políticas e intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud:

- Reducir la **estratificación social** propiamente dicha, es decir, "reducir las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a diferentes posiciones socioeconómicas".
- Reducir la **exposición específica** a factores que dañan la salud sufridos por las personas en posiciones desfavorecidas.
- Procurar reducir la **vulnerabilidad** de las personas desfavorecidas a las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran.
- Intervenir mediante la **atención de salud** para reducir las consecuencias desiguales de la mala salud y prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre las personas desfavorecidas que se ponen enfermas.

En esencia, este marco pregunta en qué punto o puntos de la cadena de producción social de salud o enfermedad es aconsejable (y factible) intervenir en un contexto dado: mediante políticas redistributivas generales que tratan de alterar desigualdades sociales fundamentales, mediante políticas intermedias de miras más cortas que procuran proteger a los miembros de grupos socialmente desfavorecidos de las peores consecuencias para su salud debidas a que están más expuestos a amenazas para la salud (entre otros ejemplos, los programas contra el tabaquismo dirigidos a grupos de bajos ingresos y los reglamentos de seguridad laboral que reducen los riesgos para la salud conectados con formas específicas de trabajo de poco prestigio) o al proporcionar atención médica más justa al final de la "cadena de producción social".

El tema de los programas universales frente a los enfocados a objetivos concretos también está vinculado a la cuestión de los puntos de acceso. Graham y Kelly recuerdan que los datos probatorios sobre las conexiones entre las circunstancias socioeconómicas de la gente y su salud han generado dos clases de respuestas políticas^{cxv}. La primera se centra en quienes se encuentran en circunstancias más deficientes y tienen la peor salud: en los más excluidos socialmente, aquellos con mas factores de riesgo y más difícil de llegar a ellos. Este enfoque ha sido importante para vincular las inequidades en materia de salud con los programas de exclusión social y para dirigir las políticas a nivel local y de la comunidad. En términos de

política y de intervención, esto conduce a enfoques que intentan sacar a los que están peor fuera de la situación extrema en qué encuentran. En efecto, tales intervenciones ayudan solamente a una parte relativamente pequeña de la población. La segunda admite que aunque los que están en las circunstancias más pobres son los que tienen peor salud, esto forma parte de un gradiente social en salud más amplio. Lo que significa que no sólo los grupos y comunidades más deficientes tienen peor salud que aquellos cuyas circunstancias son más favorables. Además, hay un gran número de personas que aunque no pueden considerarse como socialmente excluidas, están relativamente desfavorecidas en términos de salud. Las intervenciones preventivas y de otros tipos podrían producir grandes mejoras en su salud y ahorros proporcionales para el sistema de atención sanitario. Dado que los programas universales pueden considerarse como demasiado costosos, hay un riesgo de que las estrategias se centren principalmente en las intervenciones dirigidas que abordan los factores determinantes intermediarios, que tratan simplemente las consecuencias de la pobreza, mientras que no se producen cambios en los procesos que la causan^{cxvii}. En efecto, algunos detractores argumentan que un efecto no intencional de las intervenciones dirigidas puede ser legitimar la pobreza, haciéndola más tolerable para los individuos y menos costosa para la sociedad^{cxviii}. Los vocales de la Comisión querrán reflejar exactamente el nivel o niveles al que quieren promover el cambio; la conveniencia o factibilidad de seleccionar diversos puntos de acceso de las políticas; las fuerzas y capacidades de acción que deben alinearse en los diversos niveles y finalmente las estrategias políticas apropiadas para obtener resultados.

La determinación de los puntos de acceso y el contenido de las políticas recomendadas variarán con las especificidades de los contextos nacionales. Una política sanitaria exitosa para abordar los determinantes sociales de la salud no puede ser "de talla única". Los diferentes países y jurisdicciones presentan estados de disposición muy diferentes para la acción sobre los determinantes sociales de la salud así como de apertura a los enfoques redistributivos más primordiales⁸⁸. Las particularidades de los contextos nacionales y locales mostrarán qué determinantes sociales deben abordarse más urgentemente para mejorar la salud de la población, y qué herramientas políticas son más apropiadas. Las especificidades nacionales y locales, concretamente las relaciones de poder político y económico, definirán las oportunidades y las limitaciones para la acción e indicarán qué circunscripciones se alinearán voluntariamente con un programa de determinantes sociales de la salud, y cuales pueden ofrecer resistencia. Por lo tanto, la pregunta clave es no sólo ¿"Qué punto o puntos de acceso se elegirán"?, sino también y más fundamentalmente, ¿"Cómo se decidirán"? O sea, qué criterios se utilizarán para tomar las decisiones sobre el nivel de las políticas o intervenciones que se recomendarán en casos particulares?

Probablemente, además de un marco con los puntos de acceso aplicables a las intervenciones y políticas sobre los determinantes sociales de la salud, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud necesitará presentar una tipología de los países o las jurisdicciones subnacionales según sus capacidades de acción sobre los determinantes sociales de la salud. La elaboración de esta tipología será una tarea importante para el equipo científico de la Comisión y sale del alcance del presente documento. No obstante, pueden observarse algunos puntos clave. Los ingresos nacionales serán un diferenciador importante, y los países ricos probablemente tengan en la mayoría de los casos mayor facilidad para ejecutar políticas integrales de determinantes sociales de la salud que los países pobres. Sin embargo, según quedó claro en los años ochenta con *Buena salud a bajo costo*, y han confirmado

numerosos estudios posteriormente, los ingresos no son el único factor relevante. Los países que tienen ingresos nacionales aproximadamente equivalentes presentan sin embargo rendimientos muy diferentes en lo que concierne a logros sociales relevantes para la salud, tales como el suministro de alimentos saludables para todos los miembros de la población, la calidad de la vivienda, el agua y el saneamiento y finalmente la educación. Por lo tanto, la tipología de la Comisión tendrá que agrupar a los países no sólo según el nivel de ingresos, sino en relación con otros factores, en algunos casos más difícilmente cuantificables que configurarán las oportunidades para la acción. En el examen de las influencias contextuales sobre los sistemas de salud, Roemer, Kleczkowski y Van Der Werff^{cxxviii} han propuesto una tipología de países que apunta hacia lo que pudieran ser variables pertinentes. Clasifican los países según tres criterios:

- Hasta qué punto la salud es una prioridad en el programa gubernamental o social, reflejada en el nivel de los recursos nacionales asignados a la salud.
- Hasta qué grado la responsabilidad del financiamiento y la organización de la prestación de los servicios de salud a los individuos se asume como 1) una responsabilidad social colectiva ó 2) una responsabilidad primordialmente de los individuos afectados.
- Hasta que grado la sociedad (a través de autoridades políticas) asume la responsabilidad de una distribución equitativa de los recursos de salud.

Según se reconoce en los análisis de BSBC, pero que los planificadores técnicos a veces se olvidan, la historia política, económica y social de un país es absolutamente pertinente para comprender qué políticas serán apropiadas y eficaces en ese país. El Equipo de Equidad de Salud de la OMS ha abogado recientemente por una comprensión de los sistemas de salud más histórica y contextualizada políticamente^{cxxix}. Este principio aplica, a mayor abundamiento, los intentos para movilizar las circunscripciones, atraer a los responsables de la política y ejecutar las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

En niveles más bajos, el tema de las especificidades nacionales y las modalidades adecuadas de participación planteará una serie de preguntas estratégicas importantes para la Comisión. Entre otras, cómo cooperará esta con los países cuya estructura política es federal (véase anteriormente el ejemplo de Canadá) y qué tipo de recomendaciones políticas y apoyo intentará proporcionar a las circunscripciones en los países cuya situación económica y política (por ejemplo, los conflictos o la gobernanza sumamente autoritaria, no receptiva) hace que la principal acción política sanitaria nacional sobre los determinantes sociales de la salud sea altamente improbable a corto y medio plazo. ¿La Comisión "dará por perdidos" (tácitamente) a estos países, es decir se considerará que actuando prudentemente los recursos de la Comisión y la energía no pueden invertirse o intentará formular recomendaciones y fomentar el diálogo político en semejantes escenarios con el fin de empezar a sentar las bases para un cambio a largo plazo?

Preguntas estratégicas más importantes:

- ¿Qué posición adoptará la Comisión frente al "problema Grant-Mahler"? Es decir, elegirá (o se comprometerá) entre: 1) una crítica estructural de gran alcance basada

en una visión de justicia social, o 2) fomentará una serie de intervenciones firmemente enfocadas que puedan dar resultado a corto plazo, pero con el riesgo de dejar intactas las causas más profundas del sufrimiento evitable y las inequidades en materia de salud. Si adopta un enfoque más integral, orientado a los valores, la Comisión puede sacrificar la eficacia a corto plazo y los resultados cuantificables. Por el contrario, si opta por una postura más pragmática y selectiva, con intervenciones enfocadas, los detractores bien pueden preguntarse por qué se ha recurrido a una Comisión mundial para este trabajo, en lugar de un grupo de trabajo técnico mucho menos costoso.

- ¿Qué criterios de evaluación implantará la Comisión para determinar los puntos de acceso de políticas adecuados para los diferentes países o jurisdicciones?

2.2.2 Previsión de la resistencia potencial a los mensajes de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y preparación estratégica

En lo relativo a por qué la acción política sobre los determinantes sociales de la salud ha quedado rezagada en la mayoría de los entornos, la bibliografía existente presenta dos hilos aclaratorios principales. El primero considera el bloqueo como un problema de conocimientos, el segundo como una cuestión de poder^{xxxx}. Según el primero, la acción para abordar los determinantes sociales de la salud ha sido débil porque la base de datos probatorios sobre la que se establecería dicha acción es inadecuada, o los datos probatorios existentes no se han comunicado eficazmente a quienes están en posición de efectuar el cambio. La segunda explicación recalca la dimensión político-económica del poder y los beneficios, y sugiere que los principales obstáculos a la acción sobre los determinantes sociales de la salud residen en esta área. Considera que el fracaso político sobre los determinantes sociales de la salud no es principalmente un síntoma de ignorancia, sino una consecuencia lógica de las relaciones existentes de poder. En particular, el hecho de que ciertas circunscripciones influyentes obtienen el beneficio de un statu quo en el que no se abordan los determinantes sociales de la salud y creen que sus intereses se comprometerían si se llevaran a cabo políticas para hacer frente de forma enérgica a los determinantes sociales.

Los objetivos clave de la Comisión incluyen expresamente la supresión de los vacíos de la base de datos científicos en relación con los determinantes sociales y las políticas e intervenciones eficaces para abordarlos. La mera existencia de la Comisión refleja la convicción de que la comunicación eficaz de los mensajes sobre determinantes sociales de la salud a los responsables políticos, los actores de salud y desarrollo y el público en general puede ayudar a catalizar la acción que mejorará significativamente las oportunidades de salud de la gente vulnerable. Sin embargo, la Comisión también debe tomar en serio la segunda explicación apenas evocada, centrada en las relaciones de poder político-económico. Nuestro estudio histórico indica que la falta de conocimientos no es lo que ha obstaculizado principalmente hasta ahora la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Durante el último cuarto de siglo, los datos probatorios disponibles han sido suficientes para que la mayoría de los países reconozcan (mediante numerosas declaraciones y afirmaciones oficiales) la necesidad urgente de tal acción. Sin embargo, entre ese reconocimiento y la ejecución real de políticas significativas, a menudo, han surgido

barreras políticas.

Es especialmente importante que la Comisión haga hincapié en estos temas al principio mismo de sus actividades. El diseño y la recolección de datos científicos será por un lado obvio y "natural" para muchos vocales de la Comisión y su personal de apoyo, pero abordar las barreras políticas quizá lo sea menos. No obstante, si la estrategia política no está bien desarrollada, la recolección de los datos probatorios, por más científicamente sólidos que sean, puede que no consigan generar el cambio concreto que la Comisión busca.

Los eruditos han empezado a analizar el aspecto político y estructural de la resistencia a los enfoques sobre los determinantes sociales de la salud^{89,130}, pero queda mucho por hacer. Este documento no puede trazar las relaciones de poder relevantes con un detalle exhaustivo, ya que las particularidades de los contextos nacionales y locales una vez más serán cruciales y las circunscripciones pertinentes variarán según las áreas temáticas que la Comisión aborde (por ejemplo, seguridad alimentaria, vivienda, exclusión social, etc.). Esta cartografía político detallado será una de las responsabilidades principales de las Redes de Conocimientos de la Comisión y de los grupos coordinadores en cada país asociado. Lo que el presente documento puede hacer es seleccionar varias circunscripciones que sientan que sus intereses pueden verse amenazados por la política sobre los determinantes sociales de la salud. Al centrarse claramente en estas circunscripciones y comprender las apuestas que tienen en juego cada una de ellas en relación con los procesos sobre los determinantes sociales de la salud, la Comisión podrá elaborar estrategias para involucrarlas en el proceso de la Comisión mediante el diálogo o, en su defecto, reducir al mínimo el daño causado por su resistencia.

La clase médica

Los programas sobre determinantes sociales de la salud, incluidas las campañas para impulsar la promoción de la salud y la acción intersectorial, han encontrado en el pasado cierta resistencia activa o pasiva por parte de muchos profesionales médicos e instituciones^{14,16,89}. Es lógico suponer que esto se repetirá con la Comisión. Un imperativo de los programas sobre determinantes sociales de la salud y equidad en materia de salud será implicar a la clase médica como un socio constructivo.

Quienes prestan asistencia sanitaria, especialmente los médicos, forman parte en general de la elite social y comparten sus valores e intereses de clase. Como otros miembros de las categorías sociales privilegiadas, verán con resentimiento y a menudo se resistirán a las políticas del gobierno que redistribuyen los recursos de los más favorecidos entre los menos adinerados de la sociedad. Además y lo que es más importante, los médicos tienen un gran interés como grupo en mantener su monopolio sobre el discurso fidedigno y la práctica en lo que se refiere a la salud. Por esta razón los profesionales médicos son reacios a permitir que el control sobre los asuntos de salud se deslice a otros sectores y distritos profesionales o a ceder a las comunidades el poder para establecer los programas de salud. La atrofia de la acción intersectorial y el desprestigio generalizado de la participación comunitaria en Salud para Todos refleja en parte esta dinámica persistente, aunque otros factores causales también fueron pertinentes.

Las razones de este modelo tienen que ver en parte con el deseo de los médicos de mantener su prestigio social, pero el tema fundamental es económico. Los médicos individualmente y el colectivo médico en su conjunto ganan dinero al proporcionar intervenciones curativas. No ganarán dinero de la introducción de un programa de alimentación escolar o de mejoras en la vivienda en un barrio pobre. McGinnis *et al.* han subrayado la asimetría estructural inherente entre la salud pública y la prestación de la atención médica curativa, cuando se trata del poder político y la competencia por los recursos. Esta cuestión será de gran interés para la Comisión a la hora de desarrollar su método de diálogo político. En muchos entornos la configuración estructural de las instituciones de gobernanza sanitarias se ha combinado con la "dinámica de los grupos de interés" para dar lugar a un "vacío de la responsabilidad política para mantener la salud de la población". Por el contrario, "un conjunto bien definido de actores, médicos y otros que prestan asistencia sanitaria, tiene la responsabilidad de la atención médica". Además de su compromiso ético de prestar servicios médicos a quienes los necesitan, "los trabajadores sanitarios tienen un incentivo financiero fuerte para proporcionar atención médica, así como el incentivo para los grupos de interés para ejercer presiones políticas con el fin de tener cada vez más recursos de atención médica"⁵. En la medida en que los programas de determinantes sociales de la salud se contemplen como la competencia para estos escasos recursos que quizá de otro modo se invertirían en atención médica, los prestadores de asistencia sanitaria y otros sectores que sacan provecho de la atención al enfermo y los servicios relacionados puede que opongan resistencia a dichos programas.

En el seno de los gobiernos nacionales

Las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud representan una gran oportunidad para mejorar el estado de salud de la población, especialmente la de los grupos vulnerables, a un costo relativamente bajo. Los gobiernos nacionales deberían estar deseosos de proseguir estas políticas. Sin embargo, de ninguna manera puede darse por sentado el deseo o la capacidad técnica de los gobiernos para ejecutar tales programas.

El ministerio de salud podría mostrarse cauteloso con los programas sobre los determinantes sociales, ya que pueden ser vistos como una forma de encauzar los fondos de salud fuera del ministerio hacia otros departamentos del gobierno y como una pérdida de su autoridad científica y política sobre la salud. Hacer de la salud un "asunto de todos" *debería* entenderse como un acontecimiento sumamente constructivo, pero también *podría* ser visto como una disminución del poder y las prerrogativas del ministerio de salud y los especialistas del sector de la salud. Asimismo, las experiencias anteriores en relación a la acción intersectorial para la salud indican que los ministerios ajenos a la salud y los funcionarios de gobierno pueden (al menos inicialmente) ser reacios a comprometer el tiempo, la energía y los recursos a un trabajo orientado a lograr objetivos de salud⁴².

En general, muchos de los que han sido elegidos deben desde luego hacer sus propios cálculos de costo-beneficio tácito en términos de ciclos electorales y la necesidad de entregar rápidamente beneficios tangibles a los electores. Operan en un plazo comprimido y buscan oportunidades de "victorias rápidas", con una preferencia por otro lado por las opciones de política donde la conexión causal entre la intervención y resultado es obvia. Sin embargo, algunos programas de determinantes sociales de la salud quizá requieran años o décadas para

realmente empezar a generar verdaderos efectos cuantificables. Tales logros tendrán poca influencia para promocionar los intereses inmediatos del electorado de los responsables políticos. Además, las líneas de la causalidad en la acción intersectorial son notoriamente complejas, haciendo difícil demostrar en muchos casos que un programa particular era la fuente de un logro dado en salud. A esto se añade que los beneficiarios primordiales de muchas intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud serían distritos pobres y marginados que tienen a menudo menos probabilidad de participar en el proceso político y por lo tanto "dar resultado" en términos de votos para los políticos.

Según McGinnis *et al.*: "Hace falta algo más que datos probatorios de que el cambio social mejora la salud para convencer al público general [o con mayor razón a los responsables políticos] de que tales inversiones redistributivas deben llevarse a cabo. Estas opciones tienen mucho que ver con la ideología y los valores sociales"⁵. Algunos altos cargos del gobierno se opondrán a muchos aspectos de los programas sobre determinantes sociales de la salud debido a cuestiones ideológicas, porque considerarán las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud en gran parte como interferencias innecesarias del gobierno en procesos que podrían mejor dejarse en manos del mercado y a la elección/responsabilidad individual. La resistencia a la introducción de las políticas redistributivas nuevas encauzadas por el gobierno es típica de los líderes de ciertos países ricos ansiosos de garantizar el predominio mundial de un modelo de "mercado libre" neoliberal; también puede esperarse de los funcionarios de algunos países en desarrollo sobre los que se ejercen fuertes presiones políticas y están influenciados ya sea por intereses del sector privado o por importantes instituciones mundiales de la misma línea neoliberal. Es más, aun en los países interesados en la adopción de los mecanismos redistributivos para abordar los determinantes sociales de la salud, los gobiernos pueden sentirse incapaces de aplicar tales programas debido: a la falta de recursos, a los límites al gasto en el sector social y otras limitaciones impuestas por las IFI y los donantes o a las insuficiencias de recursos humanos y de otro tipo para planificar, aplicar y administrar programas sociales complicados. Al mismo tiempo, muchos responsables de la política del país en desarrollo y ejecutores del programa presentan un nivel (comprensible) de "cansancio de la iniciativa", escepticismo y resistencia a prioridades contempladas como impuestas desde el exterior. Dicha resistencia es un obstáculo inherente a la introducción de *cualquier* gran iniciativa de programa nueva en algunos países en desarrollo. Por lo tanto, será crucial que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud coordine sus recomendaciones políticas con las estructuras y marcos políticos **existentes** a través de los cuales operan los países, y que rigen las relaciones entre los países en desarrollo y los donantes (por ejemplo, los DELP). La Comisión no debe ser considerada, sin embargo, como una acumulación de otro conjunto de "prioridades globales" y acciones recomendadas sin una relación clara con las estructuras y procesos actualmente en uso.

El sector empresarial

La resistencia a ciertas recomendaciones de políticas de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, como ocurrió en los intentos previos de catalizar la acción sobre factores de riesgo para la salud como el tabaquismo y el régimen alimentario, puede probablemente tener su origen en intereses institucionales y comerciales. Homedes y Ugalde han indicado que las reformas neoliberales del sector de la salud en América Latina han

beneficiado ante todo a las grandes empresas. Alegan que bajo dichas reformas: "Las políticas sanitarias excluidas son aquellas que tienen una repercusión negativa sobre las ganancias empresariales, como es el caso de los programas de seguridad en las fábricas y la agricultura, la reducción de accidentes en el transporte de vehículos, la reducción del tabaco, el fomento de medicamentos genéricos y de las listas de medicamentos esenciales"⁵⁴. Si el sector empresarial y sus aliados se han opuesto a esto dentro de la programación del sector de la salud, es lógico suponer que se resistirán a estrategias similares propuestas bajo el estandarte de determinantes sociales de la salud.

Las tensiones más patentes en un programa sobre los determinantes sociales de la salud surgirán con las empresas cuyas ganancias provienen directamente de la comercialización de productos y modos de vida potencialmente dañinos para la salud, por ejemplo, los fabricantes de tabaco, el azúcar, la comida rápida y la comida basura, las bebidas alcohólicas, los automóviles y las armas. Según McGinnis *et al.* observan en el contexto estadounidense: "Las cuestiones relacionadas con tipos de comportamiento que en su conjunto representan tantas defunciones como son el tabaco, las bebidas alcohólicas, el exceso alimentario y los modos de vida sedentarios son todas en parte productos de fuertes fuerzas comerciales. Las ventas anuales de tabaco y bebidas alcohólicas representan para las industrias de los EE. UU. mucho más de 100 000 000 \$. Por otro lado, la industria alimentaria gasta miles de millones solamente en publicidad y promoción"⁵⁵.

En este sentido, el esfuerzo continuado para afrontar la industria tabacalera y para establecer el Convenio Marco para el Control del Tabaco puede proporcionar enseñanzas para el trabajo de la Comisión ^{cxxxi}. No obstante, la situación de un programa sobre determinantes sociales de la salud con respecto a los intereses empresariales es más compleja que en el caso del tabaco. En lugar de una única industria (y además con un perfil público en gran parte negativo), las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud pueden contemplarse como potencialmente amenazantes para los intereses de las empresas nacionales y transnacionales de diferentes sectores, entre las que se encuentran algunas de las marcas de productos de consumo más poderosas y afamadas. Las recomendaciones que surgirán de las Redes de Conocimiento de la Comisión sobre el empleo y las condiciones de trabajo y la globalización el comercio son particularmente sensibles a este respecto. Numerosas empresas transnacionales tienen una gran inclinación a luchar contra la reglamentación gubernamental y sus limitaciones en cuestiones como las prácticas laborales, la seguridad en el lugar de trabajo y la repercusión de las actividades empresariales en el medio ambiente. La rentabilidad de las empresas a menudo depende de eludir dichas limitaciones molestas. Esto se suma a la preocupación perpetua de las empresas por reducir al mínimo la suma que deben pagar en impuestos. Se anticipa que muchas empresas transnacionales pueden percibir las políticas que abordan los determinantes sociales y ambientales de la salud como una amenaza, en la medida en que tales políticas quizá aumenten los costos de producción de las empresas e impongan reglamentos adicionales sobre su comportamiento con respecto a los procesos de producción, las relaciones laborales, los impactos sobre el medio ambiente y las prácticas de mercadotecnia.

Los intereses empresariales con probabilidad de sentirse incómodos por un programa de determinantes sociales de la salud abarcan a potentes empresas del sector médico con fines de lucro y la industria farmacéutica. La industria farmacéutica puede considerar la Comisión

como una amenaza por dos razones: en primer lugar porque un enfoque en origen preventivo-promovedor de la salud no generará ganancias para la industria (y a la larga en realidad puede reducir la demanda de alguno de sus productos) y en segundo lugar debido al temor a que la globalización y la Red de Conocimientos de comercio u otros órganos de la Comisión critiquen públicamente la industria o generen recomendaciones de políticas vistas como contrarias a sus intereses.

En el seno de las organizaciones internacionales y la comunidad de desarrollo

Instituciones como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tienen un poder inmenso para influir en la salud y la política social de los países en desarrollo. Las luchas del programa de Alma-Ata en los años ochenta ofrecen, entre otras cosas, una lección acerca de lo que puede suceder cuando los altos cargos de salud recomiendan políticas que no sintonizan con los marcos promovidos por las instituciones financieras internacionales. Para evitar que se repita esta situación, la Comisión necesitará gestionar estratégicamente su relación con las instituciones financieras internacionales y otras importantes instituciones de desarrollo. Este quizá sea un reto difícil. Aunque los enfoques de la política de las instituciones financieras internacionales han evolucionado desde los años ochenta, algunos analistas advierten que los cambios han sido más de tipo teórico que práctico. El reconocimiento por parte del Banco Mundial de la importancia de un estado fuerte y capaz^{xxxii} así como la presencia de nuevos marcos como el de los DELP no significa necesariamente cambios en las suposiciones y los imperativos fundamentales del modelo neoliberal. Los detractores alegan que las relaciones de poder asimétrico entre las instituciones financieras internacionales y los países así como los tipos de enfoque políticos recomendados por el Banco Mundial y el FMI siguen como antes en muchos casos^{68, cxxxiii}. Las instituciones financieras internacionales siguen preconizando la liberalización y la privatización de los mercados, un Estado "más reducido" y techos estrictos en el gasto público, incluidos los de salud y servicios sociales. En consecuencia, su asesoramiento a los países puede en muchos casos ir en contra de los enfoques de política que promoverá la Comisión.

Es más, tanto las instituciones financieras internacionales como los organismos de desarrollo bilateral de los países poderosos están muy influidos por los programas empresariales. A menudo, aquellas actúan para impulsar los intereses de las empresas con estrechos vínculos con sus principales gobiernos de accionistas. Por lo tanto, en la medida en que los mensajes y el asesoramiento de política de la Comisión se perciban como amenazantes para los circunscripciones empresariales influyentes, las instituciones financieras internacionales y bilaterales pueden tratar de desacreditar a la Comisión y sus recomendaciones, ya sea mediante críticas públicas o entre bastidores asesorando a los responsables políticos nacionales y otros interlocutores. Por tanto, la Comisión tal vez quiera considerar la promoción del acercamiento a las circunscripciones clave dentro de las instituciones financieras internacionales, una prioridad especial para los bilaterales y otros organismos donantes, y desarrollar y ejecutar estrategias dirigidas al acercamiento en el inicio de la fase de sus operaciones.

Principales preguntas estratégicas

- Para despertar el interés de los líderes políticos será necesario que el programa de política de determinantes sociales de la salud pueda ofrecer oportunidades para algunas "victorias rápidas". Este principio es válido para los procesos políticos a nivel de país y a nivel mundial para la propia Comisión. ¿Cómo serán las "victorias rápidas" para los países que abordan los determinantes sociales y para la Comisión?
- ¿Cómo establecerá la Comisión su relación con las principales instituciones financieras internacionales, en particular el Banco Mundial?

2.2.3 Identificación de los aliados y las oportunidades políticas

El grado de **éxito** de la Comisión dependerá en gran medida de su capacidad para crear una red de alianzas y asociaciones con actores influyentes a diversos niveles, entre otros: las instituciones mundiales, los gobiernos y los responsables políticos nacionales, el sector empresarial y las organizaciones de la sociedad civil. Afortunadamente, a pesar de que la Comisión puede encontrarse con resistencias por parte de ciertas circunscripciones influyentes (y debe estar preparada con estrategias apropiadas), también gozará de oportunidades únicas. Funcionará en un contexto político que, si se gestiona adecuadamente, ofrece perspectivas de **éxito** que estaban fuera del alcance en los intentos anteriores. Posiblemente, la responsabilidad central mayor de los vocales de la Comisión estará en usar sus redes personales y enlaces con diversas esferas de influencia (política, negocios, académica, medios de comunicación y sociedad civil) para construir y mantener un entramado creciente de alianzas que apoyarán y divulgarán el trabajo de la Comisión, difundirán sus mensajes y orientará la aplicación de las políticas recomendadas. Para ser plenamente eficaz, esta red debe funcionar a diferentes niveles simultáneamente.

Actores mundiales

El convencimiento y apoyo constante de las principales instituciones mundiales, incluidos los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, serán esenciales para la creación de un impulso sostenido en torno al programa de los determinantes sociales de la salud y asegurarse de que se integre duraderamente en la política sanitaria y los modelos de desarrollo internacionales. La historia del debate de la atención primaria de salud frente a la atención primaria de salud selectiva en los años ochenta indica que la creciente divergencia en estrategia entre la OMS y el UNICEF fue un factor significativo al debilitar el compromiso mundial con la visión de Salud para Todos y con la atención primaria de salud integral, con su componente intersectorial de acción. Afortunadamente para la Comisión, el programa de los determinantes sociales de la salud parece estar en la misma línea que la tendencia principal actual de las Naciones Unidas y la política de desarrollo internacional, formulada en torno a los ODM. En efecto, a pesar de que algunos aspectos del programa de los ODM son ciertamente criticables desde el punto de vista de la salud (ausencia de las enfermedades no transmisibles, falta de énfasis explícito en sistemas de salud), el marco general de los ODM brinda una magnífica oportunidad tanto para garantizar que la salud tenga un lugar central en el trabajo de desarrollo en general, como para promover la comprensión de los vínculos entre la salud y las condiciones sociales, económicas y políticas subyacentes. Aun más importante es que los ODM por definición constituyen un marco para

la *acción* internacional coordinada, con compromiso de los actores principales ya incorporado. En la medida en que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud pueda hacer converger sus recomendaciones de políticas con los ODM, podrá aprovechar el impulso del compromiso mundial y nacional con los objetivos.

El trabajo del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, cuyo informe final se publicó en enero de 2005, ha destacado la inextricable unión entre la amplia gama de temas económicos, de la salud y medio ambiente en el desarrollo internacional en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ⁸. Ha surgido un sentido renovado de la necesidad urgente de acción multisectorial coordinada para mejorar las vidas de los ciudadanos más vulnerables del mundo, junto con el modelo del "pacto mundial" entre los países desarrollados y en desarrollo que aumentarían extraordinariamente la inversión en los sectores clave con interés directo en el programa sobre determinantes sociales de la salud, como la pobreza y la alimentación sana, la educación, el empoderamiento de las mujeres, el agua y el saneamiento ⁷. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud debe asignar una alta prioridad a su posicionamiento dentro de los diversos foros y procesos de política internacionales conectados con los ODM, y a abrir los canales del diálogo con actores clave que pueden garantizar que la Comisión se profile firmemente dentro de estos procesos. Entre los foros y las instituciones pertinentes se encuentran el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; los equipos asesores del Secretario General de las Naciones Unidas; la Campaña del Milenio; y el Foro de Alto Nivel sobre los ODM; así como los diversos organismos especializados de las Naciones Unidas que contribuyen a los ODM y desempeñan su trabajo en la misma línea acorde con las prioridades de los ODM.

Ya se ha recalcado la importancia del acercamiento a las principales instituciones financieras internacionales. La fuerte controversia en torno a las políticas de las instituciones financieras internacionales continúa. Los debates siguen tratando los efectos de la estrategia de los DELP sobre la capacidad de los países en desarrollo para fortalecer sus sistemas de atención de salud y ejecutar las políticas sociales que promueven la salud y la equidad. No obstante, las actitudes y las prácticas en el Banco Mundial y algunos bancos regionales de desarrollo quizá estén cambiando de forma que podrían facilitar la captación de los mensajes de la Comisión y la aplicación de sus recomendaciones. Es importante señalar que el Banco Mundial está comprometido públicamente con los ODM ^{cxxxiv}, y las relaciones entre la OMS y el Banco se han fortalecido mediante la colaboración en el Foro de Alto Nivel sobre los ODM. Entretanto, el Banco Mundial y el BID han contribuido al éxito de programas como PROGRESA/Oportunidades de México. La imagen que el Banco Mundial está ahora dando a la equidad como una preocupación clave en el desarrollo internacional ^{cxxxv} brinda una oportunidad a la Comisión para hacer llegar su mensaje: si los países y la comunidad mundial se toman en serio la lucha contra las inequidades en materia de salud, la manera más eficaz es mediante los determinantes sociales de la salud.

Una ventaja estratégica clave para la Comisión, en comparación con los intentos para promover la acción intersectorial sobre los factores determinantes de la salud durante los años noventa, es el compromiso fuerte y visible con el programa de determinantes sociales de la salud desde los más altos cargos de la OMS, incluido el Director General. Este convencimiento institucional de alto nivel dentro de la OMS aumenta las oportunidades de

que el enfoque de los determinantes sociales de la salud en el diseño de la política de salud sea la "corriente dominante" dentro de la OMS durante la vida de la Comisión y se convierta en una dimensión permanente del trabajo técnico y el diálogo de política de la Organización con los Estados Miembros. Por otro lado, en la comunidad mundial de salud y aun dentro de la propia OMS, algunas circunscripciones recibirán sin duda un enfoque sobre determinantes sociales de la salud con escepticismo. La estructura de la Comisión y sus Redes de Conocimientos, incluido el énfasis especial en los sistemas de salud y enfermedades prioritarias de salud pública, tienen la finalidad de proporcionar las máximas oportunidades a efectos de subir a las circunscripciones tradicionalmente más biomédicas "a bordo" con los determinantes sociales de la salud, mostrándoles cómo los enfoques sobre determinantes sociales de la salud pueden mejorar los resultados dentro de sus propios programas y contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud integrados y sostenibles. Un grupo de referencia de la OMS de alto nivel vinculado a la Comisión preparará un programa de acción específico interno con base en la OMS para incorporar las recomendaciones clave de la Comisión en la política de la OMS y programación de una manera sostenida.

Los foros internacionales como el G-8, los órganos y las alianzas políticas regionales más o menos formalizadas alrededor de temas específicos como el hambre mundial también serán nexos potenciales clave para la Comisión. La preocupación del G-8 en torno a las desigualdades económicas y de salud ofrece un punto de acceso importante para la Comisión, que los vocales de la Comisión y su personal de apoyo deben trabajar para sacar provecho. Las iniciativas de desarrollo africanas como la Nueva Asociación para el Desarrollo de África (NEPAD), aunque criticadas en algunos foros como excesivamente influida por los modelos neoliberales, señalan la creatividad y el compromiso nuevo con un enfoque de desarrollo integral que podría ofrecer oportunidades para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Las iniciativas de desarrollo como la Alianza Mundial contra el hambre recientemente lanzada por los Presidentes de Brasil, Chile, Francia y España están directamente relacionadas con los temas de la Comisión y pueden permitir las sinergias. Las propuestas recientes del Reino Unido sobre la condonación de la deuda y un posible "Plan Marshall" para África también subrayan hasta qué grado al menos algunos sectores de la política y la comunidad de desarrollo mundial están dispuestos a emprender nuevas estrategias y a sopesar las innovaciones atrevidas.

Actores nacionales

A nivel nacional, la Comisión empieza su trabajo en un momento en el que, como se señaló anteriormente, se está creando el impulso para la acción concertada sobre determinantes sociales de la salud. Varios países política y económicamente influyentes han aprobado políticas atrevidas sobre determinantes sociales de la salud y otros quizá pronto estén preparados para actuar. El problema de las inequidades en materia de salud socialmente condicionadas ha surgido como un importante tema político en un número cada vez mayor de jurisdicciones⁸⁸. Los avances en política más sustanciales hasta el presente se han hecho en los países de ingresos altos, pero como muestra el ejemplo del programa Oportunidades, algunos países en desarrollo están también introduciendo programas pioneros. En la sesión de enero de 2005 del Consejo Ejecutivo de la OMS, los países en desarrollo actualmente representados en el Consejo, como Bolivia, Ghana, Lesotho y Tailandia expresaron su

aprobación respecto a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Muchos países en desarrollo parecen preparados para considerar propuestas serias y pragmáticas de las políticas e intervenciones que pueden reducir las brechas de desigualdad de salud mediante la acción sobre los factores sociales.

Una estrecha relación con los procesos a nivel de país y los responsables políticos involucrados en ellos será vital para el éxito de la Comisión. Aquí nuevamente, los vocales de la Comisión harán el máximo uso de sus redes personales y desempeñarán una función que es sobre todo política. Una función importante para la Comisión será el diálogo de facilitación política y compartir el conocimiento entre los países "punteros" que ya han aprobado las políticas de salud dirigidas a los determinantes sociales de la salud y países que quieren ejecutar tales políticas pero todavía no lo han hecho y están buscando asesoramiento práctico y las apreciaciones sobre la manera de proceder.

El sector privado

Ya hemos tratado el reto que puede ser para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud los posibles conflictos entre sus mensajes y los intereses de los actores influyentes del sector privado, concretamente los de las empresas transnacionales. En realidad, encontrar las modalidades adecuadas de participación con el sector empresarial será un motivo de preocupación estratégica muy importante para la Comisión. Las recomendaciones para el cambio estructural a fin reducir la desigualdad social a través de la redistribución a gran escala de los recursos con la orientación del gobierno es poco probable que sean bien acogidas por los medios empresariales. Sin embargo, ciertas políticas e intervenciones de nivel intermedio dirigidas a mejorar la salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud pueden ser atractivas para los actores del sector privado y pueden capacitar a la Comisión para subir a algunas industrias y compañías "a bordo" con las propuestas de la CDSS. La Comisión Mundial recientemente respaldada por la OIT sobre la Dimensión Social de la Globalización, en la que estaba Taizo Nishimuro, Presidente de la Junta directiva de la Empresa Toshiba, puede ser ilustrativa^{xxxvi}. Algunas políticas e intervenciones recomendadas por la Comisión se pueden presentar como "negocio amistoso". Por ejemplo, la inversión en el desarrollo del niño en la primera infancia y en la educación es sumamente ventajosa para crear una fuerza laboral más saludable, más capacitada y más adaptable, lo que es necesario en muchas industrias modernas de tecnología y los sectores de servicio. Asimismo, los proyectos de mejoramiento de la vivienda en los barrios pobres urbanos podrían traducirse en ganancias para el sector de la construcción. Dos informes recientes sobre la competitividad empresarial nacional (del Foro Económico Mundial y Banco Mundial) consideran que los países Nórdicos forman parte de las economías más competitivas del mundo. Las fuertes inversiones de estos países en la equidad y los programas que abordan los determinantes sociales de la salud no son un obstáculo para su capacidad de competir en la economía mundial. Por el contrario, según constata el autor de un estudio del Banco Mundial: "hemos encontrado que la protección social es buena para los negocios, les quita la carga de los costos sanitarios y asegura una fuerza laboral bien adiestrada y educada"^{xxxvii}. Tales hallazgos pueden resultar argumentos muy valiosos para la Comisión.

Por otro lado, las preguntas metodológicas y éticas más profundas son la base del tema de las

relaciones con el sector empresarial y con los gobiernos preocupados por el "balance final" financiero. La Comisión tiene que considerar si debe usar argumentos de ahorro y eficacia en función de los costos y cómo hacerlo para promover las políticas de salud que incluyen los determinantes sociales de la salud. El recurso a tales argumentos desde luego podría ser muy ventajoso cuando se promueven los enfoques de determinantes sociales de la salud entre los políticos con poder de decisión. Según un veterano asesor sobre políticas comentó en un taller reciente sobre la formulación de políticas basada en datos probatorios: ¿"Qué hace hablar a los datos probatorios? Sin duda, la repercusión financiera. ¿Cuál es el mejor argumento para conseguir que el gobierno escuche? Respuesta: ¡el dinero"! ^{cxxxviii} Según hemos observado, el impacto de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud se debió en gran parte a la decisión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para justificar sus recomendaciones de políticas principalmente en términos de ganancias económicas, más que mediante argumentos éticos. De manera análoga, los argumentos de ahorro en función de los costos han sido impulsados por los partidarios de enfoques de política de determinantes sociales de la salud en varios países que han empezado a aplicar o al menos a tener en cuenta las estrategias sanitarias pública orientadas a los factores determinantes de la salud. No obstante, la robustez científica de estos argumentos quizá sea dudosa. (Alargar la vida de las personas más allá de los 50 años no significará necesariamente un ahorro sustancial a largo plazo para los sistemas de salud; gran parte desde luego depende del tipo y la frecuencia de atención de salud y de los otros servicios que las personas requieren durante una vida más larga.). ¿Será económicamente creíble presentar las políticas de determinantes sociales de la salud como herramientas que permitirán a los gobiernos y sistemas de salud ahorrar dinero? ¿Es moralmente correcto hacerlo? La Comisión necesitará reflexionar mucho sobre cómo los posibles argumentos económicos a favor de políticas de determinantes sociales de la salud hacen referencia a argumentos basados en la equidad, la justicia social o los derechos humanos.

La sociedad civil

Desde la época de los programas de salud comunitaria anterior a Alma-Ata, la participación activa de grupos de la sociedad civil se ha mencionado regularmente como un factor clave de éxito, en casos en los que la política intersectorial sobre los factores determinantes de la salud ha dado buenos resultados a escala local y nacional ^{14,27,42}. Puesto que la Comisión intenta generar resultados y no sólo palabras, debe tomar en cuenta esta correspondencia seriamente y configurar sus estrategias en consecuencia.

La Comisión puede beneficiarse de la función creciente de la sociedad civil a escala mundial, nacional y local. La influencia de las organizaciones de la sociedad civil ha crecido en muchas partes del mundo, al igual que la capacidad de tales organizaciones para reunir y compartir el conocimiento y apoyarse mutuamente en los esfuerzos, cada vez más emparentados a lo largo de los límites políticos y territoriales mediante el uso de las nuevas tecnologías de comunicación ^{cxxxix, cxlxi⁸}. La movilización de la sociedad civil ha sido un factor crucial para algunos de los procesos políticos clave de los últimos años (desde el fin del apartheid a la "Revolución Anaranjada", en Ucrania). En la salud, la repercusión del

⁸ cxli Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2003. *Global civil society 2003*. Oxford: Oxford UP.

Comité para el Progreso Rural en Bangladesh (CPRB), la Campaña de Acción en pro del Tratamiento, en Sudáfrica, y otras organizaciones de la sociedad civil han transformado las relaciones tradicionales entre la clase médica, el gobierno, los intereses de la industria y las comunidades.

Varias ONG internacionales conocidas han expresado el apoyo incondicional en favor de los programas sobre determinantes sociales de la salud, en realidad algunas lo hicieron mucho antes del anuncio de la Comisión^{cxlii9}. Si la Comisión atrae a los grupos de la sociedad civil como socios activos en las diversas fases de su trabajo, podrá contar con la fortaleza de su voz y la influencia creciente de la sociedad civil al ejercer un efecto multiplicador de cambio de políticas y garantizar la traducción de las buenas ideas en resultados concretos.

Reconociendo la importancia estratégica de este tema, la secretaria de la CDSS está poniendo a punto una estrategia integral para la alianza con organizaciones de la sociedad civil que asegurarán el espacio para la participación de la sociedad civil en todos los procesos de la Comisión, incluidos los países asociados y las Redes de Conocimiento. La presencia de la Comisión próximamente en la Segunda Asamblea de la Salud de los Pueblos, en Cuenca, Ecuador, en junio de 2005, es un paso importante para abrir un diálogo sustantivo.

Principales cuestiones estratégicas

- ¿Cómo puede posicionarse más eficazmente la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud dentro de los procesos mundiales y nacionales conectados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio?
- ¿Es científicamente creíble, estratégicamente aconsejable o éticamente aceptable que la Comisión alegue que las políticas de salud que abordan los determinantes sociales son una inversión sabia que dará buenos resultados económicos o proporcionará ahorro de costos a los sistemas de salud en niveles más bajos?
- ¿Puede actuar la Comisión estratégicamente para conseguir el "convencimiento" de los medios empresariales, sin perder la credibilidad de otras circunscripciones clave, como la sociedad civil? ¿Cómo se mediarán los conflictos potenciales entre estos intereses dentro de la Comisión a medida que su trabajo prosigue?

2.2.4 Datos probatorios, procesos políticos y "línea histórica" de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

Los datos científicos son sin duda importantes para persuadir a las circunscripciones escépticas acerca del valor de la política de salud orientada a los determinantes sociales de la salud. Pero los datos probatorios rara vez son suficientes, si es que alguna vez lo son, para catalizar la acción política. En términos políticos, lo que puede ser al menos tan crucial como los propios datos es la "historia" en la que están arraigados.

Esta idea por supuesto no es nueva, de hecho es tan antigua como la propia política. No

⁹ **cxlii** See the 2000 People's Health Charter.
<http://www.phmovement.org/charter/pch-index.html>

obstante, la importancia de este tema se ha confirmado firmemente en la historia reciente de la salud pública. El movimiento de atención primaria de salud que surgió en los años setenta pudo inspirarse de los datos probatorios de los exitosos programas de salud comunitaria de la década precedente. Aunque lo que le permitió a la atención primaria de salud y Salud para Todos convertirse en el grito de concentración del movimiento mundial no fueron los datos probatorios presentados (que en los años setenta eran relativamente escasos). Lo que guió este cambio fue el cautivador discurso a favor de la justicia, florecimiento humano y transformación social enunciado por los partidarios de la atención primaria de salud y encarnado en la épica figura de Mahler. De la misma manera, la victoria posterior de la atención primaria de salud selectiva fue menos un asunto de datos probatorios propiamente dichos que de cambio de los intereses políticos acoplados a la aparición de una nueva y de alguna manera aún más atractiva (por ser más sencilla) "línea histórica". Esta nueva historia pasa de un discurso acerca de la justicia social a otro centrado en niños muriéndose y cómo la acción rápida podría salvar sus vidas. El discurso de la atención primaria de salud selectiva era esencialmente reducible a un conjunto de imágenes de "antes y después" a menudo usadas en la promoción de la "revolución en materia de supervivencia infantil". La primera mostraba a un niño pequeño muy enfermo con diarrea, débil y deshidratado, en la segunda el mismo niño recuperado con la administración de sales de rehidratación oral estaba exultante de vida¹⁴. La historia de la atención primaria de salud selectiva y VRIL se desvanecía o brillaba sobre muchas de las complejidades políticas y económicas con las que los partidarios de la visión de Alma-Ata habían tratado de luchar. Pero precisamente esta sencillez elemental y humana le dio fuerza y comerciabilidad a la atención primaria de salud selectiva y al programa de supervivencia infantil.

La importancia de la "historia" para el cambio de políticas en salud ha sido confirmada recientemente por un fascinante estudio de investigación. Un equipo de grandes expertos en salud pública estudiaron la forma en la que verdaderamente se usa (o se pasa por alto) la información científica en los procesos de formulación de políticas, para ello se valieron de un taller interno cualitativo con destacados asesores sobre políticas. Sus resultados deben empujar a los científicos de salud pública a renunciar a la creencia de que pueden influir en la política sencillamente proporcionando a los funcionarios de los gobiernos datos científicamente sólidos. Los responsables políticos entrevistados para el estudio subrayaron la necesidad de mensajes sencillos sin estar enturbiados por la jerga y alegaron que los investigadores deben estar más atentos a los plazos dentro de los cuales operan los gobiernos. Los datos probatorios sólidos no poseen un poder inherente para estimular el cambio, si no se presentan convincentemente y de forma oportuna, y si no se pone claramente de manifiesto su pertinencia para las preocupaciones corrientes de los responsables con poder de decisión. Muchos de los responsables de formular políticas recalcaron el valor de una "buena historia". Según observa un asesor político de salud del Reino Unido:

"[Lo importante es] la convicción con la que se presentan los datos y lo interesantes que usted los hace. La validez aparente de una 'buena historia' es un ejemplo de cómo el estilo de presentación puede influir en la política"¹³⁸.

Los participantes alegaron que la importancia de las historias no es antitética con la idea de la formulación de políticas basadas en datos probatorios. Como recalcó uno de ellos, no se trata de elegir forzosamente entre uno u otro. "Las propias historias pueden usarse de una

manera creíble junto con los datos probatorios". De hecho, las historias son el vehículo de humanización mediante el cual los datos probatorios adoptan su significado completo.

La "línea histórica" de los determinantes sociales debe poder captar la atención de los políticos con poder de decisión y otros interesados directos, inspirándoles el sentido de que los determinantes sociales de la salud son importantes y que la acción para abordarlos es factible y oportuna. Debe capacitar y alentar a los responsables de la política a "vender" el programa sobre determinantes sociales de la salud a sus colegas y electores. Podría decirse que la creación y "posesión" colectiva de esta persuasiva y coherente línea histórica es posiblemente el reto más importante al que se enfrenta la Comisión.

Principal pregunta estratégica

- ¿Qué *historia* desea contar la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para informar sobre las condiciones sociales y el bienestar humano?
¿Qué discurso captará la imaginación, los sentimientos, el intelecto y voluntad de los políticos con poder de decisión y del público general y los inspirará para la acción?

CONCLUSIONES

Actualmente **existe** una oportunidad sin precedentes para abordar las raíces del sufrimiento y la muerte innecesaria en las comunidades pobres y vulnerables del mundo. Las causas de muchas inequidades en materia de salud y de una gran parte del sufrimiento humano son sociales: los determinantes sociales de la salud. Durante este último decenio, los conocimientos científicos sobre los determinantes sociales de la salud han avanzado extraordinariamente, y hoy las condiciones políticas para la acción son más favorables que nunca. Esta oportunidad es demasiado importante para dejarla escapar. Ahora bien, para aprovecharla se requerirá liderazgo basado en el dominio de la ciencia pertinente, pero también visión ética y sabiduría política. Esto explica la creación ahora de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Esta oportunidad excepcional ha surgido a través de un proceso histórico largo. Las dimensiones sociales de la salud estaban sólidamente afirmadas en la Constitución de la OMS de 1948, pero se eclipsaron posteriormente durante una época en la que la salud pública estuvo dominada por programas verticales basados en la tecnología. Los determinantes sociales de la salud y la necesidad de acción intersectorial para abordarlos reaparecieron en el período de Alma-Ata, y fueron centrales para el modelo de atención primaria de salud integral propuesto para guiar el programa Salud para Todos. Durante este período, algunos países avanzaron enormemente en la forma de abordar los determinantes sociales clave tales como la nutrición y la educación de las mujeres. No obstante, como ocurrió con otros aspectos de la atención primaria de salud integral, la acción sobre los factores determinantes se debilitó debido al consenso económico y político neoliberal preponderante en los años ochenta y siguientes, caracterizado por el énfasis de la privatización, la desregulación, la reducción del papel de los estados y la liberalización de los mercados. Bajo la prolongada supremacía de las variantes del neoliberalismo, la acción estatal para mejorar la salud mediante la corrección de las inequidades sociales subyacentes

parecía imposible en muchas situaciones. Sin embargo, recientemente la marea ha empezado a cambiar de nuevo. Se han expuesto las fallas de las prescripciones de la política neoliberal y se ha señalado el reconocimiento general de la necesidad de enfoques de desarrollo alternativos. La preocupación por las inequidades en materia de salud dentro y entre los países ha aumentado, al tiempo que se aceleraba la comprensión científica de los determinantes sociales de la salud en los años noventa. Estos datos científicos se están aplicando cada vez en más países para configurar nuevos y atrevidos enfoques de política pública. Por el momento, esta tendencia permanece en gran parte concentrada en los países de ingresos altos, pero varios países en desarrollo han empezado a tomar medidas innovadoras sobre los determinantes sociales de la salud y algunos más podrían estar listos para hacer lo mismo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados por 189 países en 2000 establecieron un nuevo marco integrado para el desarrollo mundial que una vez más ha concentrado la atención en la inextricable unión de los retos de desarrollo con la necesidad de acción simultánea y coordinada mediante un abanico de sectores que incluye la política macroeconómica, los alimentos y la agricultura, la educación, el sexo y la salud. Sin una acción política enérgica sobre determinantes sociales de la salud, los ODM relacionados con la salud no se lograrán en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. Este momento de "cambio de marea" constituye una oportunidad histórica para la acción sobre los determinantes sociales y una oportunidad para cambiar la teoría y práctica acerca de lo que es la *política de salud*, en contraposición con las políticas cuya preocupación es la entrega de servicios de atención sanitaria.

El sentido de la historia será un recurso valioso en el momento en que la Comisión emprende su misión. Para aumentar al máximo las perspectivas de éxito, la Comisión deberá confeccionar sus estrategias con plena conciencia de los intentos pasados sobre determinantes sociales de la salud y las lecciones que estas experiencias pueden enseñar. Este documento ha intentado proporcionar un panorama histórico selectivo de los intentos más importantes para abordar los determinantes sociales de la salud. Ha trazado a grandes rasgos la suma de conocimientos sobre determinantes sociales de la salud e, igualmente importante, algunas de las dinámicas políticas que configuraron dichos intentos de intervención en las dimensiones sociales de la salud y contribuyeron a su éxito o frustración. El documento no ha tratado de ofrecer prescripciones. Habrá desempeñado su función si consigue enfocar claramente algunas de las cuestiones urgentes con las que tendrán que enfrentarse los vocales de la Comisión a medida que esta establece su identidad, fija sus objetivos y enmarca sus estrategias.

En conclusión, recordamos las preguntas estratégicas clave identificadas:

1. ¿Qué posición adoptará la Comisión frente al "problema Grant-Mahler"? es decir, elegirá (o se comprometerá) entre: 1) una crítica estructural de gran alcance basada en una visión de justicia social ó 2) fomentará una serie de intervenciones firmemente enfocadas que puedan dar resultado a corto plazo, pero con el riesgo de dejar intactas las causas más profundas del sufrimiento evitable y las inequidades en materia de salud. Si adopta un enfoque más integral, orientado a los valores, la Comisión puede sacrificar la eficacia a corto plazo y los resultados cuantificables. Por el contrario, si opta por una postura más pragmática y selectiva, con intervenciones enfocadas, los detractores bien pueden preguntarse por qué se ha recurrido a una comisión mundial para este trabajo, en

lugar de un grupo de trabajo técnico mucho menos costoso. Esta cuestión trata fundamentalmente de cómo los vocales de la Comisión comprenden su función *política*, y el lugar que ellos asignan a los valores éticos en una empresa cuyos objetivos son crear un efecto multiplicador en la acción política y obtener rápidamente resultados concretos y cuantificables.

2. ¿Qué estructura de evaluación implantará la Comisión para determinar los puntos de acceso de políticas adecuadas para diferentes países o jurisdicciones?
3. Para despertar el interés de los líderes políticos será necesario que el programa de política de determinantes sociales de la salud pueda ofrecer oportunidades para algunas "victorias rápidas". Este principio es válido para los procesos políticos a nivel de país y a nivel mundial para la propia Comisión. ¿Cómo serán las "victorias rápidas" para los países que abordan los determinantes sociales y para la Comisión?
4. ¿Cómo establecerá la Comisión su relación con las principales instituciones financieras internacionales, en particular el Banco Mundial?
5. ¿Cómo puede posicionarse más eficazmente la Comisión dentro de los procesos mundiales y nacionales conectados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio?
6. ¿Es científicamente creíble, estratégicamente aconsejable o éticamente aceptable que la Comisión alegue que las políticas de salud que abordan los determinantes sociales son una inversión sabia que dará buenos resultados económicos o proporcionará ahorro de costos a los sistemas de salud en niveles más bajos?
7. ¿Puede actuar la Comisión estratégicamente para conseguir el "convencimiento" de los medios empresariales, sin perder la credibilidad de otras circunscripciones clave, como la sociedad civil? ¿Cómo se mediarán los conflictos potenciales entre estos intereses dentro de la Comisión a medida que su trabajo prosigue?
8. Reunir todos estos temas y otros es la cuestión de la "historia". Esta no es una mera nota a pie de página de los problemas científicos y políticos que la Comisión deberá afrontar, sino que es central en el intento de la Comisión para catalizar el cambio. ¿Qué "historia" quieren contar conjuntamente los vocales de la Comisión sobre las condiciones sociales y el bienestar humano? ¿Qué discurso captará la imaginación, los sentimientos, el intelecto y voluntad de los políticos con poder de decisión y el público en general y los inspirará a la acción?

REFERENCIAS

- i WHO. 2003. World Health Report 2003: Shaping the future. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ii Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). 2001. Challenging inequities in health. Nueva York: Oxford UP.
- iii Leon D, Walt G (eds). 2001. Poverty, inequality and health: an international perspective. Nueva York: Oxford UP.
- iv Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds). 2000. Dying for growth: global inequality and the health of the poor. Monroe, Maine: Common Courage.
- v McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman J. 2002. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs* 21(2): 78-93.
- vi Tarlov A. 1996. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and social organization*. Londres: Routledge: 71-93.
- vii UNDP. 2003. Human Development Report 2003: Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. Nueva York: UNDP.
- viii UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. Nueva York: Naciones Unidas.
- ix Virchow R. 1848/1985. Collected essays on public health and epidemiology. Cambridge: Science History Publications.
- xv Litsios S. Malaria control, the cold war, and the postwar reorganization of international assistance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- xvi Cueto M. 2004. The origins of primary health care and selective primary health care. Joint Learning Initiative: JLI Working Papers Series.
- xvii Litsios S. 2002. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services* 32(4):709-32.
- xviii Newell K. 1975. Health by the People. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- xix Djukanovic V, Mach EP (eds). 1975. Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries, a Joint UNICEF/WHO Study. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- xx Citado por: Cueto, The origins of primary health care, 3.

xxi Mahler H. 1981. The meaning of "health for all by the year 2000". World Health Forum 2 (1): 5-22.

xxii WHO/UNICEF. 1978. Declaration of Alma-Ata.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

xxiii WHO/Rockefeller Foundation. 1986. Intersectoral action for health: the way ahead. Report of the WHO/Rockefeller Foundation meeting 3-6 March 1986. Nueva York: Rockefeller Foundation.

xxiv WHO. 1986. Intersectoral action for health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

xxv World Health Organization. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Consultable en: <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>

xxvi Raphael D. 2003. Maintaining Population Health in a Period of Welfare State Decline: Political Economy as the Missing Dimension in Health Promotion Theory and Practice. Health Promotion International.

xxvii Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). 1985. Good health at low cost. Nueva York: Rockefeller Foundation.

xxviii Pan-American Health Organization. 1988. National Health and Social Development in Costa Rica: A Case Study of Intersectoral Action. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

xxix Saenz L. 1985. Health Changes during Decade: The Costa Rican Case. In: Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). Good health at low cost. Nueva York: Rockefeller Foundation.

xxx Rosero-Bixby L. 1985. Infant Mortality Decline in Costa Rica. In: Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). Good health at low cost. Nueva York: Rockefeller Foundation.

xxxi Munoz y nd Scrimshaw. 1995 The nutrition and health transition of democratic Costa Rica. Boston, MA: International Fund for Developing Countries.

xxxii Marga Institute. 1984. Intersectoral Action for Health: Sri Lanka Study. Sri Lanka: Marga Institute.

xxxiii Fernando D. 2000. An overview of Sri Lanka's health care system. Health care systems in transition **III**. Sri Lanka, Part I. Vol. 22(1).

xxxiv Gunatilleke G (ed.). 1984. Intersectoral Linkages and Health Development: Case Studies in India (Kerala State), Jamaica, Norway, Sri Lanka, and Thailand. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

xxxv Spiegel J, Yassi A. 2004. Lessons from the Margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. Journal of Public Health Policy 25(1): 86-88

xxxvi Diaz-Briquets S. 1983. The Health Revolution in Cuba. Austin: University of Texas Press.

xxxvii Nayeri K. The Cuban health care system and the factors currently undermining it. J Community Health. 1995 Aug;20(4):321-34

xxxviii Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. 2004. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. Health Affairs 23(3): 167-76.

xxxix Rosenfield P. The contribution of social and political factors to good health. In: Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). 1985. Good health at low cost. Nueva York: Rockefeller Foundation. 173-85.

xl Rosenfield señala que la “orientación de asistencia social” de un país puede determinarse mediante indicadores objetivos, por ejemplo, “la continuidad del gasto gubernamental en programas de asistencia social que incluyen programas de salud preventivos, subvenciones educativas, subvenciones alimentarias y otros programas de prestaciones sociales como los de vivienda y transporte (177-78). Irónicamente, las estrategias de gasto social fomentadas por la instituciones financieras internacionales durante el período en que se publicó *Buena salud a bajo costo* dificultó el mantenimiento de esa continuidad para muchos países en desarrollo (véase adelante).

xli Mulholland C. 1999. Promoting health through women's functional literacy and intersectoral action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

xlili Von Schirnding Y. 1997. Intersectoral action for health: addressing health and environment concerns in sustainable development. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

xliv Commission for Sustainable Development. International Workshop on Health, the Environment and Sustainable Development. Copenhagen, 23-25 February 1994. Citado por: Von Schirnding 1997, 27.

xli Walsh J, Warren K. 1979. Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. New England Journal of Medicine 301:18: 967-974.

xlv Grant J. 1983. A child survival and development revolution. Assignment Children 61/62.

xlvi Grant J. 1984. Marketing child survival. Assignment Children 65.

xlvi Shuftan C. 1990. The child survival revolution: a critique. Family Practice Dec;7(4):329-32.

xlviii Kent G. 1991. The politics of children's survival. Nueva York: Prager.

xlix Ruxin J. 1994. Magic bullet: the history of oral rehydration. Medical History 38: 363-97.

I Coburn D. 2000. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism. *Social Science and Medicine* 51: 135-46.

li Gershman J, Irwin A. 2000. Getting a grip on the global economy. In: Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds). 2000. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine: Common Courage.

lii Nabarro D, Cassels A. 1994. *Strengthening health management capacity in developing countries*. Londres: Overseas Development Administration.

liii Standing H. 1999. Frameworks for understanding gender inequalities and health sector reform: an analysis and review of policy issues. Harvard Center for Population Studies Working Paper Series Number 99.06.

liv Homedes N, Ugalde A. 2005. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 71: 83-96.

lv Mills A, Bennett S, Russell S. 2001. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke: Palgrave.

lvi Bjorkman JW, Altenstetter C. 1997. Globalised concepts and local practice: convergence and divergence in national health policy reforms. In: Altenstetter C, Bjorkman JW (eds). *Health policy reform, national variations and globalization*. Basingstoke: Macmillan. Citado por: Mills A, Bennett S, Russell S. 2001. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke: Palgrave.

lvii Schoepf B, Schoepf C, Millen J. 2000. Theoretical therapies, remote remedies: SAPs and the political ecology of poverty and health in Africa. In: Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds). 2000. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine: Common Courage.

lviii UNICEF. 1989. *State of the world's children 1989*. Nueva York: UNICEF.

lix Barnet R, Cavanagh J. 1994. *Global dreams: imperial corporations and the new world order*. Nueva York: Simon and Schuster.

lx Danaher K (ed). 1994. *Fifty years is enough: the case against the World Bank and the International Monetary Fund*. Boston: South End.

lxi George S, Sabelli F. 1994. *Faith and credit: the World Bank's secular empire*. Boulder, CO: Westview.

lxii Bennet N, Bloom D, Ivanov S. 1998. Demographic implications of the Russian mortality crisis. *World Development* 26:2121-37.

lxiii McKee M. 2001. The health consequences of the collapse of the Soviet Union. In: Leon D, Walt G (eds). *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Nueva York: Oxford UP.

- lxiv** Mander J, Goldsmith E. 1996. The case against the global economy. San Francisco: Sierra Club.
- lxv** World Bank. 1996. Global economic prospects and the developing countries: 1996. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- lxvi** World Bank. World Development Report 1999/2000—Entering the 21st century: the changing development landscape. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- lxvii** International Development Association/IMF. 2002. Review of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) approach: main findings. Washington, D.C.: IMF.
- lxviii** Labonte R, Schrecker T. 2004. Fatal indifference: the G-8, Africa and global health. Cape Town: University of Cape Town Press.
- lxix** WHO. 2002. Health in PRSPs: WHO submission to World Bank/IMF review of PRSPs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- lxx** Laterveer L, Niessen L y Yazbeck A. 2003. Pro-Poor health policies in poverty reduction strategies. *Health Policy and Planning* 18(2): 138-145.
- lxxi** Fee E et al. En prensa. The World Health Organization and the transition from "international" to "global" health.
- lxxii** World Bank. World Development Report 1993: Investing in health. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- lxxiii** Braveman P. 1998. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- lxxiv** Mills C. 1998. Equity and health: key issues and WHO's role. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- lxxv** WHO. 1995. Health in social development: WHO position paper, World Summit for Social Development, Copenhagen, March 1995. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- lxxvi** WHO. 1998. Health For All in the 21st Century. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- lxxvii** WHO. 1997. Intersectoral action for health: a cornerstone for Health for All in the Twenty-first Century. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- lxxviii** WHO. 1997. Health: the courage to care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- lxxix** Lalonde M. 1974. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Ministry of Health and Welfare.
- lxxx** Black D et al. 1980. Report of the working group on inequalities in health. Londres:

Stationery Office.

lxxx Marmot M, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. 1978. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32:244-9.

lxxxii Marmot M, Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. 1991. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall **II** study. *Lancet* 337: 1387-1393.

lxxxiii Evans RG, Barer ML, Marmor T. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. Nueva York: A de Gruyter, 1994.

lxxxiv Marmot M, Wilkinson R. 1999. Social determinants of health. Nueva York: Oxford UP.

lxxxv Wilkinson R. 1996. Unhealthy societies. Londres: Routledge.

lxxxvi Kawachi I (ed). 1999. The society and population health reader. Nueva York: New Press.

lxxxvii Wilkinson R, Marmot M. 1999. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

lxxxviii Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. Reducing inequalities in health: a European perspective. Londres: Routledge.

lxxxix Raphael D (ed). 2004. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press.

xcii Mackenbach J, Bakker M, Sihto M, Diderichsen F. 2002. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. Reducing inequalities in health: a European perspective. Londres: Routledge.

xciii Swedish National Institute of Public Health. 2003. Sweden's New Public Health Policy: National Public Health Objectives for Sweden.

xciv Entrevista con Pirooska Ostlin, 10 January 2005.

xcv Benzeval M. 2002. England. In: Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. Reducing inequalities in health: a European perspective. Londres: Routledge.

xcvi Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M. The Report of the Independent Inquiry into Inequalities in Health. Londres: The Stationery Office, 1998.

xcvii Department of Health. 1999. Reducing health inequalities: an action report. Londres: Stationery Office.

xcviii Department of Health. 2001. Tackling Health Inequalities: Consultation on a plan for

delivery.

xcix Department of Health. 2002. Tackling health inequalities: 2002 cross cutting review.

c Judge K, Mackenzie M. 2002. Theory based evaluation. In: Mackenbach J, Bakker M (eds). Reducing Inequalities in Health: A European Perspective.

ci Sutcliffe P, Deber R, Pasut G. 1997. Public Health in Canada: A Comparative Study of Six Provinces. Canadian Journal of Public Health Vol 87(4): 246-249

cii Advisory Committee on Population Health. 1994. Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians. Ottawa: Health Canada.

ciii Health Canada. 1998. Taking action on population health. Ottawa: Health and Welfare Canada.

civ Health Canada. 1999. Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health. Ottawa: Health Canada.

cv Hylton J. 2003. Improving Health Status through Inter-Sectoral Cooperation. Edmonton, Canada: Muttart Foundation.

cvi Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health. 1999. Intersectoral Action Towards Population Health. Ottawa: Health Canada.

cvii Curry-Stevens A. 2004. Income and income distribution. In: Raphael D (ed). Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press.

cviii Teeple G. 2000. Globalization and the decline of social reform. Aurora: Garamond.

cix Raphael D, Curry-Stevens A. 2004. Conclusion: Addressing and Surmounting the Political and Social Barriers to Health. In: Raphael D (ed). Social Determinants of Health: Canadian Perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press.

cx Levine R. 2004. Millions Saved: Proven Successes in Global Health. Center for Global Development, Washington, D.C. pp.75-76

cx Skoufias E, Davis B, de la Vega S. 2001. Targeting the Poor in Mexico: An Evaluation of the Selection of Households into PROGRESA. In: World Development Vol. 29(10) pp.1769-84.

cxii Gertler P, Boyce S. 2001. An Experiment in Incentive-Based Welfare: The Impact of PROGRESA on Health in Mexico.

cxiii N.B.La información en esta sección corresponde a PROGRESA, no al programa Oportunidades, que amplió las becas educativas e introdujo un nuevo plan de ahorros para los alumnos de secundaria.

cxiv Gomez de Leon J , Parker S, Hernandez D. 1999. PROGRESA: A New Strategy to

Alleviate Poverty in Mexico. Se puede descargar de: www.worldbank.org

cxv Schultz P. 2000. Final Report: The Impact of PROGRESA on School Enrollments. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

cxvi Gertler P. 2000. Final Report: The Impact of Progresa on Health. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

cxvii Behrman J, Hoddinott J. 2000. An Evaluation of the Impact of Progresa on Pre-School Child Height. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

cxviii Hoddinott J, Skoufias E. 2003. The Impact of Progresa on Food Consumption. IFPRI Discussion Paper 150. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

cxix Skoufias E. 2000. Is Progresa Working? Summary of the results of an Evaluation by IFPRI. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

cxx Rogelio Gómez Hermosillo. 2004. Comunicación personal

cxxi Lee JW. 2003. Global health improvement and WHO: shaping the future. Lancet 362: 2083–88.

cxxii Drager N, Vieira C. 2002. Trade in health services: global, regional and country perspectives. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

cxxiii See Kawachi I, Wamala S (eds). Forthcoming. Global and health. Nueva York: Oxford UP.

cxxiv Lee Jong-wook, speech to the 57th World Health Assembly, 17 May 2004.

cxxv Graham H, Kelly M. 2004. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper NHS Health development Agency.

cxxvi Macintyre S, Petticrew M. 2000. Good intentions and received wisdom are not enough. Journal of epidemiology and Community Health 54 :802-803.

cxxvii Petticrew M, Macintyre S. 2001. What do we know about effectiveness and cost-effectiveness of measures to reduce inequalities in health ?

cxxviii Kleczkowski BM, Roemer M, Van Der Werff A. 1984. National health systems and their reorientation toward health for all: guidance for policymaking. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

cxxix Solar O, Irwin A, Vega J. 2004. Equity in Health Sector Reform and Reproductive Health: Measurement Issues and the Health Systems Context. WHO Health Equity Team working paper.

cxx Navarro D (ed). 2002. The political economy of social inequalities. Amityville, NY: Baywood.

xxxxi Hirschhorn N. En prensa. The tobacco industry documents: what they are, what they tell us, and how to search them : a practical manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

xxxix World Bank. 1997. World Development Report 1997: the state in a changing world. Washington, D.C.: Banco Mundial.

xxxiii Stiglitz J. 2002. Globalization and its discontents. Nueva York: Norton.

xxxiv Carvalho S. 2003. 2002 annual review of development effectiveness: achieving development outcomes: the millennium challenge. Washington, D.C.: Banco Mundial.

xxxv World Bank. Forthcoming. World Development Report 2006: Equity and development. Washington, D.C.: Banco Mundial.

xxxvi World Commission on the Social Dimension of Globalization. 2004. A fair globalization: creating opportunities for all. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

xxxvii Citado por: Becker E. 2004. Nordic Countries Come Out Near the Top in Two Business Surveys. New York Times. October 14, 2004.

xxxviii Petticrew M, Whitehead M, Macintyre S, Graham H, Egan M. 2004. Evidence on public health policy for inequalities: 1: the reality according to policymakers. J Epidemiol Community Health 58:811-816.

xxxix Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2001. Global civil society 2001. Oxford: Oxford UP.

cxl Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2002. Global civil society 2002. Oxford: Oxford UP.