

Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del estado de bienestar

Josep Lluís Barona

El último cuarto del siglo XX ha hecho estallar todas las contradicciones de las sucesivas utopías que se habían ido creando a lo largo de la modernidad. Positivismo, liberalismo, marxismo y, tal vez, también la utopía solidaria de un estado de bienestar tan cuidadosamente construida desde la II Guerra Mundial principalmente por la socialdemocracia europea.¹ Inmediatamente después de finalizar la II Guerra Mundial nació el primer sistema nacional de salud: el *National Health Service* británico, que respondía a una ideología keynesiana de intervención del estado para evitar las crisis cíclicas del capitalismo y las revoluciones sociales. Como es bien conocido, la filosofía económica de Keynes planteaba como principal objetivo el mantenimiento del consumo interno mediante la universalización del subsidio de paro y de la atención sanitaria, la política de pensiones de jubilación e invalidez, y toda una serie de prestaciones sociales. Al mismo tiempo, el sistema productivo había de sustentarse sobre pilares firmes promovidos por el estado, como en el caso de las infraestructuras hospitalarias, la construcción de medios de comunicación y transporte, las instituciones docentes y otros servicios públicos que, de este modo, tenían que activar la economía, la industria y, en definitiva, suponer una garantía de continuidad en la producción y la riqueza. La mejor cualificación de la fuerza de trabajo mediante la aplicación de fondos públicos, programas de formación, becas, programas de investigación y un amplio conjunto de prestaciones sociales, tenían que minimizar los efectos de un sistema capitalista injusto, individualista y competitivo. De este modo, el capitalismo *salvaje*, la ética social del *homo homini lupus*, daba paso a un sistema que intentaba compatibilizar la libre competencia con la garantía por parte del estado de unas condiciones de vida dignas. En definitiva, la legitimación de políticas estatales tendentes a garantizar el bienestar y cubrir las necesidades básicas de la población principalmente mediante mecanismos fiscales de redistribución de la riqueza.

Sin embargo, durante los dos últimos decenios, el ideal social-demócrata y keynesiano del estado de bienestar se ha visto desacreditado por toda una serie de acontecimientos económicos a

escala internacional, acompañados de cambios de orientación en la filosofía económica. Sin entrar ahora en el debate de fondo sobre la viabilidad del modelo clásico de estado de bienestar para el siglo XXI, aportaré a continuación algunos datos y reflexiones sobre las repercusiones de esta crisis, principalmente desde la perspectiva de la situación sanitaria mundial.

I. Los principales argumentos de la crítica neoliberal

A partir de la crisis económica que padecieron los países industrializados durante la primera mitad de los años 1970 debido al encarecimiento de las materias primas energéticas, al menos dos factores han ido adquiriendo una importancia creciente en relación con las políticas económicas desarrolladas por los estados industrializados. El primero de ellos es la transformación de las condiciones laborales de la fuerza del trabajo, con la aparición del llamado *paro estructural*, la especialización profesional, la provisionalidad de los contratos de trabajo y la movilidad de los empleados. El otro aspecto fundamental es la mundialización de la economía, que viene a significar, la proyección trans estatal de capitales y empresas, la proliferación de los negocios multinacionales en todas las áreas de la producción.² La nueva situación ha conducido a nuevas reconversiones de sectores importantes de la economía, cuyo objetivo muchas veces se ha centrado en disminuir los costes salariales y las cargas fiscales para ganar competitividad internacional. Obviamente, en estas circunstancias económicas y financieras, el papel activo del estado ha experimentado un retroceso, de manera que el proceso de globalización económica ha provocado –principalmente desde comienzos de los años 1990– políticas de corte neoliberal, que tienen como referente programático las llamadas tres «D»: disminución del *déficit público* –es decir, de los gastos sociales que eran el núcleo principal del estado de bienestar–; *desregulación laboral* –flexibilización de contratos i salarios–; y *deslocalización de capitales*, que obviamente emigran hacia las zonas más rentables o con menor carga fiscal.³

La repercusión de esta ideología económica sobre los servicios públicos –particularmente sobre la sanidad– ha sido devastadora. Recortes en el gasto, eliminación de programas estructurales y su substitución por otros focalizados hacia grupos concretos o tan solo en períodos de tiempo determinados, limitación del acceso a las prestaciones i privatización de los servicios. Es de todos sabido que ésta es la tendencia avalada por el Fondo Monetario Internacional (F.M.I.) y por el Banco Mundial (B.M.)⁴ Las políticas concretas han provocado la separación conceptual entre unos servicios públicos mínimos que deberían garantizarse por parte del estado y el resto de las prestaciones –digámoslo así, discrecionales– que cada ciudadano tiene que procurarse mediante su pago directo o la contratación de seguros privados. El principio de subsidiariedad del estado se explicitó en el tratado de Maastricht, al renunciarse explícitamente a la armonización de los sistemas de atención de salud de los estados miembros de la Unión Europea y a políticas sanitarias comunes.⁵

La principal aplicación del neoliberalismo al dominio de la salud en el estado español es el llamado «Informe Abril»,⁶ que proponía la separación entre salud pública y asistencia sanitaria, lo cual debía traducirse en partidas presupuestarias diferentes. Planteaba también la importante distinción entre las *funciones de financiación* –que en un servicio público de salud había de ser pública, por definición– y la *provisión del servicio*, que podía ser pública o privada. Sin duda, esta distinción encierra no sólo el embrión de la privatización, sino también la idea de que la libre competencia entre proveedores mejora las condiciones del servicio. Incluso que una provisión privada ha de ser mejor y más rentable que otra pública. De este modo, se incluyen los llamados *contratos programa* mediante los cuáles un centro sanitario –hospital, centro de salud...– puede gestionarse por una empresa de servicios con mejores prestaciones a un coste más bajo. El cambio de estrategia comporta también aspectos de mayor calado, como la substitución de una concepción de los servicios sanitarios adaptados a las necesidades sociales globalmente consideradas, por otros económicamente más rentables o más ajustados a las demandas concretas de la sociedad. Se trata, pues, de substituir el ideal keynesiano por un sistema funcional basado en la satisfacción de la demanda.

El informe Abril dio origen a una serie de desarrollos legislativos, como el Real Decreto de 1995 sobre ordenación de las prestaciones sanitarias y otra ley de 1997 que abre las posibilidades de gestionar los servicios prestados por el servicio nacional de salud «indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.»⁷ La creación de fundaciones, sociedades mercantiles, consorcios, entes públicos, órganos autónomos comerciales o sociedades de autogestión se ha convertido en una opción real inmediata para gestionar hospitales públicos como los de Manacor, Alzira y otros. Con independencia de que la proliferación de estas soluciones generará desigualdades –es decir, reducirá la universalidad del sistema– lo cierto es que estamos asistiendo a un peligroso proceso de disgregación de la red asistencial pública.

En opinión de Vicente Ortún, la transformación de los sistemas sanitarios surgidos en el marco del modelo de estado de bienestar pasa por la superación de tres problemas fundamentales: el problema demográfico, el problema tecnológico y la globalización de la economía.⁸ El problema demográfico se refiere al envejecimiento de la población en los países industrializados y, por tanto, al aumento de la población no productiva, a los cambios en la estructura y en la dinámica familiar (familia nuclear, menor número de hijos, incorporación de la mujer al trabajo...) y a la marginalidad social. El problema tecnológico expresa el importante aumento que las innovaciones tecnológicas aporta al gasto sanitario y la necesidad de medir su efectividad y el beneficio social subsidiario antes de decidir su incorporación al sistema público. Finalmente, la globalización de la economía hace referencia al incremento de la competencia global entre Europa, el Asia industrializada y América del Norte, con la consiguiente necesidad de ajustar la productividad con incremento del consumo para mantener la competitividad, pero manteniendo al mismo tiempo la eficiencia económica, sin perder por ello equidad social y maximizando la eficacia de las políticas sanitarias del estado del bienestar.

Al argumento neoliberal –o simplemente conservador– que sostiene que el gasto público

en salud no es una inversión productiva, contesta Ortún que está sobradamente demostrado que la población activa mejora la productividad laboral cuando está más sana, disminuyen así las incapacidades, mejoran los diagnósticos y las estrategias de prevención, al tiempo que entre la población jubilada mejora el clima social y se minimiza el impacto externo que sobre la productividad supone el hecho de que ciertos miembros de la familia –casi siempre mujeres– tengan que asumir la atención a los viejos.⁹

Apuntan también a favor del mantenimiento del estado de bienestar los resultados de los estudios de Bishai y Simón (1987) que demuestran cómo en períodos de poca innovación tecnológica, el incremento del gasto sanitario aumenta el crecimiento económico durante los primeros años, mientras que en períodos de avance tecnológico acelerado, la inversión sanitaria influye menos en la tasa de crecimiento pero aumenta con mayor persistencia la renta per cápita, aunque, por supuesto, de forma menos significativa que la educación o las inversiones públicas. También González Páramo, a partir de los datos de la O.C.D.E. correspondientes al período 1960-1990 demuestra una correlación positiva entre el aumento del gasto sanitario y el de la productividad laboral. Estudios rigurosos demuestran, pues, que la existencia de un estado de bienestar fuerte implica no sólo una buena productividad, sino también un buen desarrollo humano y una mejor cohesión social. La intervención pública, en todo caso, permite acompañar los ritmos de consumo/productividad, buscar el equilibrio entre equidad y eficiencia, y priorizar los programas de intervención sanitaria no en función de la simple demanda de los sectores que poseen capacidad para comprarlos, sino en función de su efectividad para la salud de la población o incluso para el crecimiento económico. Verdaderamente, teniendo en cuenta la serie de circunstancias que se acaban de señalar, seguramente el principal problema que deben afrontar hoy los estados industrializados no es tanto el tan reiterado envejecimiento de la población o el aumento de las mal llamadas «clases pasivas», como mantener el sistema productivo mediante la resolución del paro y la integración de los jóvenes y los sectores marginales de la población.¹⁰

II. Geografía de los sistemas de atención de salud a finales del siglo XX

No es ocioso recordar que desde la segunda mitad del siglo XIX, a raíz de los problemas sanitarios planteados por el proceso de industrialización, diversos estados europeos desarrollaron sistemas de atención sanitaria con una participación más o menos significativa del estado. Eran las *cajas de enfermos* de la Alemania de Bismarck, las sociedades de socorros mutuos en Gran Bretaña, el sistema *zetsvo* de la Rusia zarista o las igualas de nuestra sociedad agraria o industrial.¹¹ De hecho, la creación de los primeros seguros obligatorios de enfermedad durante las primeras décadas del siglo XX, organizados a partir de la contribución económica de trabajadores y empresarios, no fue más que la extensión de un sistema que, en lo fundamental, procedía del siglo anterior. Los historiadores coinciden en señalar que fue la crisis de superproducción y el desastre financiero de 1929 lo que inició una nueva etapa caracterizada por la incipiente configuración de tres modelos: el estatista soviético; la exclusión del estado en los U.S.A. y, finalmente, el nacimiento de los sistemas o servicios nacionales de salud en Europa. Esta triple orientación se mantuvo bajo la mirada de la Sociedad de Naciones hasta la conclusión de la II.^a Guerra Mundial, la cual marcó un importante punto de inflexión, especialmente en los sistemas nacionales de salud en Europa, puesto que el modelo norteamericano ha continuado en lo esencial hasta la actualidad y el sistema soviético no entró en crisis hasta la caída del muro de Berlín.

Con la transición hacia el sistema político democrático, la nueva Constitución Española adquirió una serie de compromisos explícitos sobre el derecho de los ciudadanos a la salud.¹² En los años 1970, la organización del sistema sanitario era desequilibrada y deficiente; a finales de la década, el Insalud contaba con 175 hospitales a lo largo de todo el estado, que representaban un total de 52.609 camas, 89.418 trabajadores sanitarios, de los cuales 12.757 eran médicos, 300 ambulatorios y 526 consultorios. Obviamente, la dimensión de este sistema nacional de salud no sólo se ha

incrementado después de dos décadas, sino que ha variado sustancialmente su orientación, incorporando aspectos tan fundamentales como las estrategias de salud pública basadas en la prevención y la promoción de la salud, focalizando acciones y reforzando las estructuras de atención primaria.¹³ Las principales transformaciones se produjeron durante la segunda mitad de los años 1980, a partir de que la *Ley General de Sanidad* de 1986 pusiera el acento en la prevención y la promoción de la salud, postulase la universalidad de la asistencia pública y apuntase políticas de salud orientadas a superar las desigualdades.¹⁴ Las consecuencias fueron inmediatas: una cobertura sanitaria real del 77% en 1977 fue creciendo hasta que en 1989 el decreto de universalización incorporó también a quienes carecían de recursos o cobertura.¹⁵

Pero si regresamos al panorama internacional, durante la segunda mitad del siglo XX, unas veces por el predominio de factores políticos y militares, como en la etapa de la guerra fría, otras por razones económicas, como la llamada «crisis del petróleo», los cambios en el sistema productivo o las sucesivas revoluciones tecnológicas, han configurado al menos cuatro grandes regiones en el mundo, caracterizadas por unas condiciones económicas y políticas muy diferentes, que originan situaciones de salud marcadamente distintas y sistemas sanitarios diferentes en su concepción y en los problemas que han de afrontar. A grandes rasgos podemos distinguir cuatro situaciones:¹⁶

SISTEMAS SANITARIOS EN EL MUNDO A FINALES DEL SIGLO XX

Europa occidental, Canadá, Japón, Nueva Zelanda, Australia:

Han desarrollado sistemas de atención de salud en la línea del estado de bienestar. El estado asume responsabilidad frente a la sanidad como a servicio público, al que contribuyen cuotas de empresarios y trabajadores.

Estados Unidos de América del Norte:

El servicio de salud responde al sistema de mercado, no se entiende como sistema público

y no interviene el estado. La dispensa de servicios depende de la oferta y la demanda articulada mediante la relación entre usuarios y profesionales (medicina privada). El estado sólo participa en el sistema *medicaid* (atención mínima a los indigentes) y en el *medicare* (destinado a los jubilados), como una especie de beneficencia pública.

Europa oriental y países socialistas (Cuba, Vietnam, China):

Hasta finales de los años 80 funcionaba globalmente un servicio público gratuito que ha continuado allí donde el sistema político/económico no ha variado. En la Europa oriental se ha producido el desmantelamiento del sistema público a partir de 1991, con situaciones variables que van desde la ausencia de intervención estatal al estilo de los USA, hasta modelos intermedios inspirados en los de Europa occidental.

Tercer Mundo

En general existe una dualidad: la pervivencia de formas de medicina tradicional conjugada con la introducción de la medicina privada occidental, principalmente entre las élites sociales y económicas. La población no tiene acceso a ningún tipo de sistema/servicio de salud y sólo hay una asistencia pública basada en la caridad y las órdenes religiosas. Sólo han aparecido incipientes seguros privados de enfermedad en grupos como los funcionarios o ligados a las multinacionales que explotan los recursos naturales o la mano de obra.

III. La situación de salud: algunas reflexiones sobre sus determinantes

Define P.L. Castellanos la situación de salud de una población como el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones econó-

micas, sociales, políticas y culturales de la población.¹⁷ Por eso las desigualdades detectables entre grupos diferentes son la expresión de la falta de equidad. Para analizar las diferencias entre poblaciones distingue tres círculos concéntricos que van desde el nivel más individual: el *estilo de vida* que corresponde a la esfera de lo personal o familiar, donde se incluyen también las características genéticas o biológicas y los hábitos o costumbres. Pero ese estilo de vida se inserta en unas *condiciones de vida*, que se dan a un nivel de grupo social, donde se incluye el lugar de residencia, el medio laboral, el grado de participación en bienes y servicios, el nivel educativo etc. Finalmente, para el conjunto de una sociedad se podría hablar de un *modo de vida*, que incluye las diferentes condiciones de vida de los grupos sociales, de manera que sería la resultante de la confluencia del medio natural o las relaciones con el medio ambiente, el desarrollo productivo, la organización económica, la organización política, la cultura o las propias tradiciones históricas.

El establecimiento de esta triple dimensión permite analizar la situación de salud no sólo mediante indicadores negativos que son los que se refieren principalmente a la presencia de enfermedades (mortalidad, morbilidad...), sino también distinguir en la *salud cotidiana* un nivel individual ligado al estilo de vida, otro grupal ligado a las condiciones de vida y un tercero general ligado al modo de vida del conjunto de la sociedad. Este enfoque resulta oportuno si aceptamos el axioma que el objetivo principal de la salud pública y los servicios de salud no es eliminar enfermedades, sino *transformar la situación de salud* de la población en beneficio del bienestar personal y colectivo y de la reducción de desigualdades. Obviamente, la capacidad de transformación tiene unos límites, que están estrechamente vinculados a los procesos generales de la dinámica social: la disponibilidad de recursos, las condiciones del medio, el modelo de desarrollo económico, el sistema político, los contenidos culturales, el desarrollo científico-técnico; es decir, lo que caracteriza y reproduce el sistema socio-cultural y la situación de salud. Es fácil comprender que el modo de vida, las condiciones de vida y el estilo de vida forman un complejo entramado de procesos biológicos, culturales y sociales, explicables, por una parte, por los procesos genéticos

que han determinado la supervivencia de la especie; pero también por los procesos sociales, la cultura y el medio.

La salud será, pues, un proceso condicionado biológica y socialmente y el proceso de reproducción social de la salud cabe pensar que incorpora al menos las dimensiones: biológica, ecológica, psicológica, cultural y económica. Estas dimensiones deberán formar parte de la triple línea de actuación que debe encarnar toda estrategia de intervención: la promoción de la salud (dimensión social), la prevención de las enfermedades (las tres dimensiones, individual, grupal y social) y la curación y rehabilitación (individual).

Este apartado comenzaba definiendo el concepto de situación de salud; ahora podemos añadir que esa situación de salud está condicionada por todos esos factores que se acaban de enumerar, integrados en la triple dimensión individual, de grupo social y de sociedad. Entre los factores que de modo más incuestionable intervienen en la situación de salud de una población los hay que son biológicos (genéticos, inmunitarios, raciales...) y otros demográficos, como sucede con la correlación entre patrón demográfico y epidemiológico de una población. Pero también la organización social del trabajo desempeña un papel fundamental: las malas condiciones laborales, el desarrollo o subdesarrollo tecnológico, las nuevas tecnologías, las grandes megalópolis industriales y demás aportan nuevas situaciones de riesgo para la salud y a menudo favorecen la desintegración social y la marginación. De todos modos, con ser importantes los anteriores, se puede decir con rotundidad, que el principal factor negativo para la salud es la pobreza.

IV. Pobreza y situación de salud

Desde la Conferencia de Alma Ata tanto la Organización Mundial de la Salud como su oficina americana, la Organización Panamericana de Salud (O.P.S.) han venido impulsando una línea de estudio y análisis sobre la importancia de la pobreza como determinante de salud.¹⁸ Globalmente considerada, la situación se ha vuelto

cada vez más dramática, en la medida en que durante las dos últimas décadas el número de personas en situación de pobreza e indigencia se ha incrementado considerablemente, al tiempo que se producía una gran crisis económica y se extendían las políticas de ajuste estructural en muchos países del tercer mundo y particularmente de América latina.

La primera gran dificultad consiste en delimitar los parámetros que determinan la pobreza.¹⁹ Habitualmente se han empleado dos métodos. El primero, impulsado por el P.N.U.D., consiste en determinar las necesidades básicas insatisfechas (NBI), como son las condiciones de la vivienda, el saneamiento, el acceso a la educación o los ingresos familiares. El indicador de NBI determina lo que podríamos llamar *pobreza estructural*, pero resulta poco sensible a los cambios coyunturales, al empobrecimiento sobrevenido o a los cambios en la situación de pobreza. El otro es el indicador llamado *línea de pobreza*, basado en la determinación del conjunto de bienes y servicios indispensables para mantener el nivel de vida y la conservación del modelo familiar. Consiste en calcular el gasto de la cesta de la compra en un lugar determinado. Utiliza el método de encuestas para determinar los grupos de población que se encuentran por debajo. De este modo, al ajustarse mejor a la realidad de un momento dado, detecta mejor la *pobreza coyuntural*. Últimamente se ha propuesto un método mixto que se propone evaluar la pobreza tomando en consideración los procesos estructurales de la sociedad, como son el desarrollo productivo, la disponibilidad de recursos naturales, el sistema político o el acceso a la cultura, y, por otra parte, a considerar también el eventual empobrecimiento de los sectores medios de la población, debido a momentos de crisis o de ajuste. Se ha podido comprobar que esta pobreza coyuntural normalmente va asociada a la aparición de nuevos problemas de salud, como son los trastornos psíquicos, la violencia, los suicidios y otras formas de patología social como el alcoholismo o la marginación.

La pobreza estructural afecta a los sectores más o menos amplios de la población que son los que tienen un nivel educativo más bajo, unas tasas altas de fecundidad, un rendimiento económico muy bajo, un escaso desarrollo tecnoló-

gico y viven en unas condiciones higiénicas y ambientales (vivienda, saneamiento hídrico, limpieza, eliminación de residuos...) muy deficientes. Desde el punto de vista epidemiológico son grupos de población con una tasas elevadas de enfermedades infecciosas transmisibles, como también de enfermedades cardiovasculares, de cáncer, trastornos psíquicos y violencia urbana (muertes violentas, agresiones, atracos, robos...).²⁰ En líneas generales, la pobreza va asociada a graves dificultades de acceso a los servicios de promoción de la salud, a las campañas de prevención o, incluso, a las instalaciones asistenciales (hospitales, centros de salud...) e incide en la situación de salud provocando un incremento de ciertas enfermedades y un aumento de la violencia y las tensiones sociales. La pobreza estructural representa, según los informes de CEPAL relativos a América latina, una barrera infranqueable que resulta imprescindible superar para poder llevar adelante cualquier proyecto pragmático de desarrollo.

V. Desigualdades de salud en el mundo actual

Se ha comentado en un apartado anterior que la atención a la salud en los países del tercer mundo se caracteriza por la pervivencia de formas de medicina tradicional y también de medicina privada occidental al servicio de las élites sociales y económicas. La población no tiene acceso a ningún tipo de servicio de atención de salud y sólo hay asistencia basada en la caridad por medio de órdenes religiosas o incipientes sistemas de seguros en grupos específicos como son los funcionarios o los trabajadores de empresas multinacionales. Las condiciones laborales de los países en vías de industrialización, a menudo no son mejores que lo eran las europeas durante las primeras etapas de la llamada revolución industrial: jornadas de 12 y 14 horas, trabajo femenino e infantil abusivo y mal retribuido, ausencia de derechos laborales para los trabajadores, seguros de enfermedad inexistentes o muy deficientes, falta de seguridad en el trabajo, contratos draconianos, eventuales y ausencia de forma alguna de protección social. Además, las políticas de ajuste estructural han provocado disminuciones

sustanciales de los presupuestos destinados a la sanidad, que han alcanzado cifras tan importantes como el 40 al 60% en América latina, del 60 al 80% en Asia y del 90% en África.

Los datos de que disponemos indican que en estos momentos, unos 1.300 millones de personas —lo que representa aproximadamente una cuarta parte de la población mundial— vive en unas condiciones de miseria absoluta y esta cifra va aumentando a un ritmo de 25 millones de personas más cada año.²¹ Según los informes publicados por la O.N.U., las 358 personas más ricas del mundo acumulan una riqueza equivalente a los 2.300 millones de personas más pobres, y esa dicotomía se va ampliando cada vez más, como lo demuestra el hecho de que entre 1960 y 1991 la riqueza acumulada por el 20% de la población más rica se ha duplicado con respecto al 20% más pobre.²²

Los informes técnicos de la O.M.S. confirman que la situación de pobreza extrema es la principal causa de mala salud, que constituye el principal factor de sufrimiento de la población. Resulta bastante expresivo el hecho de que en los países pobres la expectativa de vida sea sustancialmente más baja, la morbilidad y la mortalidad más elevadas, la calidad de vida mucho más baja y los servicios de atención de salud mucho peores. La esperanza de vida de una persona que nace en Uganda, Mozambique o Sierra Leona es alrededor de 35 años más baja que la de un ciudadano del primer mundo, y la mortalidad materna es en torno a 30 veces superior. Por lo que se refiere a la mortalidad, resulta bastante significativo el dato de que si las tasas de mortalidad del tercer mundo fueran aproximadamente las mismas que se dan actualmente en el primer mundo, cada año habría alrededor de 11 millones menos de muertos.²³ Se trata, pues, de una mortalidad evitable, principalmente infantil, que es fruto y consecuencia de la inequidad.

Los estudios comparativos llevados a cabo entre diferentes regiones del planeta, o entre países de un mismo entorno geopolítico, o entre grupos sociales dentro de un mismo país, han puesto de manifiesto la importancia del concepto de *desigualdad en salud*. Una importante línea de investigación se ha abierto, principalmente en los últimos años, ha realizado contribuciones significativas en este terreno. Si ya hemos hablado de desigualdades en salud haciendo referencia a la dicotomía

industrialización/pobreza, o si se quiere 1r mundo/3r mundo, diversos trabajos en este sentido han constatado también desigualdades objetivables entre los mismos países industrializados y también entre las clases sociales, etnias, géneros, barrios o zonas geográficas de un mismo país. Un dato bien conocido apunta que en Gran Bretaña, la esperanza de vida de las clases más altas es alrededor de siete años superior al de las clases más bajas del norte de Inglaterra, y también las tasas de mortalidad son cuatro veces superiores en los distritos más pobres que en los más ricos. Algo semejante sucede entre barrios ricos y marginales de la ciudad de Barcelona, donde la diferencia de esperanza de vida es de unos 10 años. Y eso por no traer aquí el tópico del barrio neoyorquino de Harlem, en el que las tasas de mortalidad son 6 veces más elevadas en el grupo de edad de los jóvenes, que la media de los U.S.A. La desestructuración social que reina en este famoso barrio hace que la esperanza de vida de los negros que viven en él sea semejante a la de la población de Bangladesh.²⁴

Los estudios socio-sanitarios realizados con esta orientación han permitido universalizar el concepto de desigualdad y ello ha puesto de relieve que las ventajas sociales comportan un aumento de la esperanza de vida y un mejor nivel de salud, pero también han consolidado la idea de que la desigualdad no es un factor inmutable, sino, por el contrario, que es susceptible de ser interpretado desde circunstancias históricas, geográficas, políticas o económicas y de ser también contrarrestado mediante las oportunas estrategias políticas. Menos optimista resulta el panorama real, que indica que justamente las desigualdades no sólo existen, sino que van aumentando. Si la mejora de las condiciones de vida, las medidas de prevención, las campañas de promoción de la salud y, en menor medida, la atención sanitaria han provocado una drástica reducción de la mortalidad general e infantil a lo largo del siglo XX y un aumento de la esperanza de vida –principalmente en los países industrializados– durante los últimos años se está produciendo una profundización de las desigualdades, no sólo entre países y regiones, sino dentro de cada país. Dicho de otro modo, el gradiente de salud entre grupos sociales persiste y tiene tendencia a ampliarse.

Parece incuestionable que las desigualdades en salud son el reflejo principalmente de las desigualdades sociales y económicas y, en menor medida, de factores genéticos, medioambientales o derivados del sistema de atención de salud. Por otra parte, esas desigualdades adoptan en cada contexto la forma de unos factores de riesgo característicos. Por ejemplo, en Gran Bretaña van asociados al incremento de los accidentes cardiovasculares, mientras que en Francia se traducen en accidentes de tráfico o accidentes laborales, en alcoholismo o problemas psíquicos. En otros casos, se asocian a la delincuencia, la muerte violenta, la drogadicción etc... Por último, todo lo anterior conduce a una contundente conclusión, que es necesario asumir: no son los países con un mayor índice de riqueza –es decir, con un P.I.B. por habitante más alto– los que aportan mejores indicadores de salud, sino aquellos que son más igualitarios. O dicho de otro modo, entre el conjunto de países industrializados, los mejores indicadores de salud son los de aquellos países con una mayor cohesión social y menores desigualdades entre los grupos sociales extremos. Ese es el caso de los países escandinavos o el Japón, con una amplísima clase media. De ahí que países con una larga tradición de regímenes políticos autoritarios y grados más altos de desigualdad (Portugal, Grecia, España...) muestren también indicadores más desfavorables. Hay que tener en cuenta que la salud no es sólo cuestión de nivel de renta, sino también de acceso a la educación, de calidad en la vivienda, la alimentación, el medio ambiente, el trabajo, la marginalidad... es decir, toda una serie de factores que influyen directamente en la cohesión social desde una dimensión individual, de grupo o clase social y también de modo de vida de la sociedad en su conjunto.

En este sentido, la posición española en el contexto europeo es una posición intermedia. Los datos que han aportado recientemente Borrell y Pasarín (1999) indican que los países de Europa central y del norte acumulan un 38% de la población y un 81% de la riqueza del continente. Los países del sur representan un 17% de la población y un 10,7% de la riqueza, mientras que los del este tienen un peso demográfico del 45%, pero sólo acumulan el 8,2% de la riqueza, siempre medida en términos de producto interior bruto per

cápita.²⁵ Los últimos estudios de Benach y Yasui (1999) aportan como novedad metodológica el análisis de la situación de salud de la sociedad española no en términos tan groseros como es la distribución por provincias, sino a partir de pequeñas áreas geográficas. En un estudio reciente, que ha abierto expectativas inéditas, han estudiado los patrones geográficos de mortalidad y las relaciones entre privación social y mortalidad en unas 2.200 áreas geográficas pequeñas, desde el punto de vista de dos indicadores: a) la superpoblación, el analfabetismo y el bajo nivel de desarrollo social y, b) el paro. Los resultados son interesantes e indican que el primer indicador tiene sus puntos extremos en áreas de Andalucía (59%) y el polo contrario en zonas de Baleares (35,4). La cartografía de los datos indica claramente que hay un patrón de sobremortalidad y privación que forma una franja que se extiende de norte a sudoeste de la península Ibérica. Este primer estudio hecho en España en torno a la objetivación de desigualdades sociales en mortalidad por pequeñas zonas geográficas permite delimitar mejor que por provincias los núcleos sanitariamente más problemáticos y el tipo de intervenciones necesario en cada caso.²⁶

VI. Tendencias de la situación sanitaria mundial

Durante el último cuarto de siglo se han conjugado una serie de factores de orden principalmente económico, pero también demográfico, tecnológico, ambiental, entre otros, que han tensionado el antagonismo entre dos posturas: la defensa de la universalidad del derecho humano a la salud que conlleva implícita la racionalidad salubrista de un sistema público de salud, y la crítica de un conservadurismo que bajo la forma del llamado neoliberalismo económico, de forma pujante, se ha impuesto en la imposibilidad de asumir la universalidad de las ofertas y demandas de salud y de trasladar también esta cuestión a la lógica del mercado. Paralelamente han aparecido una serie de problemas demográficos y sociales que todavía han tensado más las dificultades: el creci-

miento global de la población del planeta, el aumento de la longevidad y el envejecimiento de la población en el primer mundo, el aumento de las desigualdades de riqueza y salud entre poblaciones ricas y pobres, por no insistir en el espectacular aumento del llamado *paro estructural*, de la pobreza en términos globales y de la marginalidad –4.º mundo– en los países más ricos. Todo ello en unas circunstancias en que los análisis económicos indican además que a veces se produce una disociación entre el incremento del gasto sanitario y la mejora de los indicadores generales de salud de una población. Por todo ello, durante las dos últimas décadas nos encontramos con una doble tendencia que coincide en el tiempo y que es, al mismo tiempo, contradictoria. Por una parte, coincidiendo con los orígenes de la crisis del estado de bienestar, la Conferencia del Alma Ata apostó en 1978 por la focalización de las actuaciones en los problemas de salud comunitaria, en las estructuras de atención primaria y en los agentes de salud, frente a la tendencia tradicional basada más bien en un sistema asistencial centrado en el hospital y de orientación curativa. En un sentido contrario a esta tendencia, desde entonces han ido ganando terreno también las políticas neoliberales que pretenden organizar la atención sanitaria con criterios de *eficiencia* y rentabilidad económica. En la práctica eso ha implicado una tendencia a la reducción del gasto público en sanidad, un mayor énfasis en las dimensiones individuales de la salud, una mayor responsabilización del individuo en el proceso de enfermar y una tendencia a la privatización de la provisión de los servicios sanitarios.

Durante el último cuarto de siglo, en líneas generales ha aumentado la esperanza de vida de la humanidad y ha disminuido la mortalidad general y la específicamente infantil, también incluso en los países pobres.²⁷ Todo ello es el resultado de la reducción de la incidencia de las enfermedades infecciosas, de las mejoras en la nutrición, en las infraestructuras sanitarias, en la educación –principalmente de la mujer y su incorporación al trabajo–, de la difusión de métodos de planificación familiar, como también de la atención médica, de las campañas de inmunización y vacunación de sectores específicos de la población, particularmente los niños.

Sin embargo, en la actualidad hay signos que refuerzan la idea de que se está produciendo una desaceleración de esta tendencia positiva e incluso, en algunos casos, indican una inversión de la tendencia, un empeoramiento de los indicadores de salud. En particular en áreas geográficas como la Europa del este o en grandes zonas del continente africano se ha producido en los últimos años una disminución de la esperanza de vida y en algunos países incluso ha aumentado la mortalidad infantil.²⁸ En los U.S.A. y en Gran Bretaña se ha objetivado la disminución del ritmo de reducción de la mortalidad y, según los datos de U.N.I.C.E.F. relativos a la década de los años 1980, en ambos estados se ha producido un deterioro de la mortalidad infantil, ha disminuido el gasto en educación, ha aumentado el índice de suicidios entre adolescentes y la renta disponible ha agravado las desigualdades sociales. Según los datos que presenta la O.M.S. sobre el año 1995, la diferencia de esperanza de vida al nacer entre Japón y Uganda alcanza los 37 años. Eso significa que en Uganda –donde la esperanza de vida no supera los 42 años– la situación no es ahora mejor que lo era hace un siglo en las zonas más castigadas de Europa por el proceso de industrialización. Pero además con una desventaja para el país africano, y es que las perspectivas de futuro eran buenas hace cien años para Europa –piénsese en la llamada *transición sanitaria i demográfica*– mientras que la tendencia actual para los países africanos no puede ser más pesimista, con un aumento escandaloso de las desigualdades y un deterioro de la situación social y de salud.

En el seno de los países menos desarrollados técnicamente, las desigualdades sociales y sanitarias también van en aumento. Lo ilustran las grandes diferencias en los indicadores de mortalidad que hay entre regiones en la India, comparables a las ya mencionadas entre barrios de Nueva York o entre áreas pobres y ricas del Reino Unido. Si analizamos las tasas de mortalidad, inmediatamente veremos que las desigualdades se traducen principalmente en una distribución cartografiada de las causas de muerte. Hemos de pensar que más de la tercera parte de las muertes totales en el planeta tienen una causa infecciosa, es decir, que las enfermedades infecciosas y parasitarias superan claramente a las cardiovasculares y a los tumores malignos, y eso sucede en una etapa

en que el desarrollo de la era antibiótica había creado expectativas inusitadas acerca de la capacidad de controlar el fenómeno infeccioso. Es un dato bien conocido que el círculo malnutrición–infección afecta cada año la cifra de 12 millones de niños, y si hemos de dar crédito a los informes del Banco Mundial del 1993²⁹ y de la O.M.S. de 1995³⁰, estas enfermedades diarreicas infantiles son fácilmente prevenibles y curables. Tan importante es la mortalidad infecciosa infantil, que la U.N.I.C.E.F. considera en su informe de 1993 que la principal intervención médica sobre la infancia del tercer mundo ha de ser la inmunización contra el sarampión, puesto que los datos indican que mientras en Suecia el porcentaje de niños vacunados alcanza el 95% de la población infantil, en cambio en Etiopía no llega al 17%. Datos como éste hacen pensar que los grandes problemas de salud pública que afectan a los países más pobres tienen una fácil solución científico-técnica, aunque su resolución plantea grandes problemas políticos.

VII. Desigualdades sociales y estrategias de salud pública

La importancia de analizar las desigualdades sociales que dan lugar a desigualdades de salud entre las grandes regiones del planeta, y también entre países que pertenecen a un mismo entorno socio-económico o entre grupos sociales dentro de un mismo estado o ciudad radica, no sólo en razones de carácter económico, sino también en razones éticas y en la indudable importancia que poseen para establecer estrategias de intervención para prevenir o solucionar los problemas evitables o hacer frente a la solución de los existentes. Incluso desde un punto de vista meramente económico, las estrategias de salud pública que tienden a minimizar las desigualdades aportan una mayor rentabilidad a la inversión, puesto que las desigualdades en salud suponen una pérdida social y económica de recursos humanos y un descenso de la productividad. Sin embargo, se da la paradoja de que si el objetivo de la O.M.S. para los años 1980 consistía en reducir un 25% las desigual-

dades en salud entre países y también dentro de un mismo país —y eso tenía que realizarse a partir de los oportunos desarrollos legislativos y programas de apoyo financiero y político— en la práctica lo que ha sucedido es que las desigualdades no sólo no se han reducido lo previsto, sino que incluso han aumentado y, según los propios informes de la O.M.S. correspondientes al año 1995, la principal causa de sufrimiento y de mala salud se encuentra codificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades con el código Z589.5 y se llama *pobreza extrema*.

Como sucede que los distintos grupos sociales están sometidos a factores de riesgo específicos, tanto en su dimensión individual, como ambiental y social, los indicadores de clase social resultan un elemento operativo fundamental. La clase social, el género, la edad, la raza, el lugar geográfico y otros, representan situaciones sociales diferentes respecto al paro, la pobreza, la educación, las ocupaciones peligrosas, las minorías étnicas, la emigración... y también por eso las probabilidades de riesgo son diferentes respecto al tabaco, el alcohol, la práctica de deportes, la dieta, el acceso a los servicios sanitarios o el padecimiento de determinadas enfermedades, por poner algunos ejemplos bien conocidos.

Actualmente resulta incuestionable que las mejoras en el estado de salud que se han producido a lo largo del siglo XX son principalmente la consecuencia de la mejora de las condiciones económicas y sociales de la población y por eso las políticas de salud pública han de tener como principal objetivo la reducción de las desigualdades. Ya hemos señalado que los países de la O.C.D.E. con mejores indicadores de salud no son los más ricos, sino los que presentan menores desigualdades en el nivel de renta entre los grupos extremos de la población. Esta situación ha sido posible en aquellos países donde la social-democracia ha tenido continuidad desde la II.^a Guerra Mundial (Escandinavia) y en aquellos con un movimiento obrero poderoso que ha propiciado políticas de negociación social que impulsaran el desarrollo del estado de bienestar en todas sus vertientes y, en consecuencia, la reducción de desigualdades. El caso de la Europa del sur, especialmente Portugal, Grecia y España, con gobiernos autoritarios de talante fascista, hizo que

no avanzaran simultáneamente en la misma dirección y eso favoreció la persistencia de mayores desigualdades.³¹

VIII. El estado de bienestar en el siglo XXI

Los informes técnicos más recientes de la Oficina Regional de la O.M.S. para Europa delimitan cuatro objetivos prioritarios que se deberían cumplir en los próximos años: a) la mejora de los estilos de vida de la población; b) la disminución de los factores de riesgo para la salud; c) la transformación de los servicios o sistemas nacionales de salud, desde su orientación tradicional centrada en la asistencia hospitalaria a otra donde lo fundamental sea la atención primaria y las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Y finalmente, d) la mejora de la gestión sanitaria y de la formación de los recursos humanos.³²

Estos objetivos han sido desarrollados en trabajos como los de Whitehead (1991), quien los ha desglosado en una serie de líneas de actuación prioritaria³³:

1. Mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la población.
2. Avanzar en la implantación de estilos de vida saludables.
3. Descentralizar los servicios de salud y favorecer la participación de la comunidad en los programas de promoción y prevención.
4. Evaluar el impacto sobre la salud de las acciones intersectoriales que afecten a los contenidos de las políticas de salud.
5. Desarrollar estrategias que favorezcan la cooperación internacional.
6. Universalizar el acceso a todos los servicios, incluidos los de mayor calidad.
7. Implantar programas basados en la investigación después de haber sido convenientemente evaluados.

Según las aportaciones de V. Ortún, la reorientación de las políticas sanitarias del estado de bienestar en un futuro inmediato han de pasar por una focalización de las estrategias

hacia ciertos sectores específicos de la población.³⁴ Por ejemplo, hoy en día resulta más urgente y más rentable por los beneficios sociales subsiguientes orientar las políticas de salud hacia los sectores más pobres de la población, que hacia los sectores medios. De igual modo, se habría de reconducir la actual gerontocracia, puesto que el principal foco de gasto son los jubilados, hacia los sectores más necesitados de la juventud. En este sentido, una posibilidad sería abaratar los gastos que supone tener hijos e implantar políticas que lo hagan compatible con la incorporación de la mujer al trabajo. Finalmente, las políticas de salud habrían de evitar la medicalización de problemas que son radicalmente sociales y enfocar la acción más bien a disminuir las desigualdades sociales que están en el fundamento de esos problemas de salud.

NOTAS

¹ Sobre la creación de los servicios de salud en Europa occidental y la vertiente sanitaria del estado de bienestar, véase Huertas (1998), Martínez Navarro et al. (1998) y Ortún (1998).

² Cf. Marsset, Sáez y Sánchez (1998).

³ Ibidem.

⁴ Banco Mundial... (1993)

⁵ Marsset, Sáez y Sánchez (1998).

⁶ Cf. [Abril Martorell] Informe... (1991).

⁷ Citado por Fernández-Cuenca Gómez (1998), pp. 260-261.

⁸ Ortún Rubio (1998).

⁹ Ibidem.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Cf. Martínez Navarro et al. (1998).

¹² Cf. Fernández-Cuenca Gómez (1998), p. 252.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Cf. Martínez Navarro et al. (1998).

¹⁷ Castellanos (1998), p. 81.

¹⁸ Vid. Kunst (1995), Nuestro planeta... (1993), Victora (1992).

¹⁹ Cf. Castellanos (1998).

²⁰ Ibidem.

²¹ Benach (1997), p. 255.

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Borrell i Pasarín (1999).

²⁶ Benach i Yasui (1999).

²⁷ Cf. Navarro López y Benach de Rovira (1996).

²⁸ Ibidem.

²⁹ Banco Mundial... (1993).

³⁰ Kunst (1995).

³¹ Navarro López, V. y Benach de Rovira (1996).

³² Cf. Martínez Navarro et al. (1998).

³³ Whitehead (1991).

³⁴ Ortún Rubio (1998).

BIBLIOGRAFÍA

- ABRIL MARTORELL F. (1991): *Informe y recomendaciones de la comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Congreso de los Diputados.
- AKIN J. (1987): *Financing Health Services in Developing Countries*. An Agenda for Reform Washington, World Bank.
- ALDEREGUÍA J. (1983): «La salud y el nuevo orden económico internacional». *Rev. Cubana de Administración de Salud*, 9, 253-262.
- ASHFORD D.E. (1986): *The emergence of the Welfare States*. Oxford, Blackwell.
- BANCO MUNDIAL: *Informe sobre el desarrollo económico mundial. Invertir en salud*. Washington, 1993.
- BAREA J. (1992): *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Madrid, Ministerio de Economía y Hacienda.
- BARNEY G.O. (1982): *El mundo en el año 2.000. En los albores del siglo XXI*. Informe técnico. Madrid, Tecnos.
- BARONA J.L. (1998): «Ciencia médica, salud y desarrollo a finales del siglo XX». En: *La medicina del siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 323-346.
- BELANGER M. (1993): «L'espace sanitaire européen selon le traité de Maastricht». *Revue du Marché Commun et de l'Union Européen*, 372, 785-789.
- BENACH J. (1995): «Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España 1980-1994». *Gaceta Sanitaria*, 49, 251-264.
- BENACH J. (1997): «La desigualdad social perjudica seriamente la salud». *Gaceta Sanitaria*, 11, 255-258.
- BENACH J., YASUI, Y. (1999): «Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation». *J. Epidemiol. Community Health*, 53, 423-431.
- BENZEVAL, M., JUDGE, K., WHITEHEAD, M. (1995): *Tackling inequalities in health. An agenda for action*. Londres, King's Fund.
- BERTHOD-WURMSER, M. (1994): *La santé en Europe*. Paris, La Documentation.
- BOBAK, M., MARMOT, M. (1996): «East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda». *British Medical Journal*, 312, 421-425.
- BORRELL, C., PASARÍN, M.I. (1999): «The study of social inequalities in health in Spain: where are we?» *J. Epidemiol. Community Health*, 53, 388-389.
- CASTELLANO, P.L. (1998): «Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales». En: Martínez Navarro, F. et al. *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill-Interamericana.
- CATALÁ VILLANUEVA, F., DE MANUEL KEENOY, E. (eds.) (1998): *Informe SESPAS 1998: La salud y el futuro del estado del bienestar*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

- CICHON, M.; GILLION, C. (1993): «The financing of health care in developing countries». *International Labour Review*, 132, 13-26.
- CREESE, A. (1994): «Global trends in health care reform». *World Health Forum*, 15, 317-322.
- FUNDACIÓN ARGENTARIA/VISOR (1996): *Dilemas del Estado del Bienestar*. Madrid,
- DURÁN, A. (1995): «Los servicios sanitarios y los planes de salud». *Revisión en Salud Pública*, 4, 171-190.
- ESTES, R. (1997): *The World Social Situation*. University of Pennsylvania.
- EVANS, R.G.; BARER, M.L.; MARMOR, T.R. (eds.) (1994): *Why are some people healthy and others not?* Nueva York, Aldine de Gruyter.
- FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, R.: «Análisis de los servicios sanitarios». En: Catalá Villanueva, F.; de Manuel Keenoy, E. (eds.) (1998): *Informe SESPAS 1998: La salud y el futuro del estado del bienestar*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- FERNÁNDEZ DURÁN, R. (1993): *La explosión del desorden. La metrópoli como espacio de la crisis global*. Madrid, Fundamentos.
- FOX, J. (1989): *Health inequalities in European Countries*. Aldershot, European Science Foundation.
- FUENTES QUINTANA, E.; BORO, J.; GONZALO, B.; GARCÍA DE BLAS, A. (1982): «Estrategia para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social Española». *Papeles de Economía Española*, 12-13, 20-107.
- GOBIERNO VASCO: *La pobreza en la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria-Gasteiz, 1987.
- GONZÁLEZ, J. (1988): Regidor, E. *Salud y equidad*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- GONZÁLEZ PÁRAMO, J.M. (1995): «Sanidad, desarrollo y crecimiento económico». En: G. López Casanovas (ed.) *Análisis económico de la sanidad*. Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- GOUGH, I. (1982): *Economía política del Estado del Bienestar*. Madrid, Blume.
- HUERTAS, R.; MAESTRO, A. (coord.) (1991): *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*. Madrid, FIM.
- HUERTAS, R. (1998): *Neoliberalismo y políticas de salud*. Madrid, El Viejo Topo.
- LIFFE, S.; (1996): *Deppe, H.V. Health Care in Europe: Competition or Solidarity?* Frankfurt, Akademische Schriften Verlag.
- INFORME SESPAS (1993): *La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona, SG Editores.
- INFORME SESPAS (1995): *La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona, SG Editores.
- JONES, K.; MOON, G. HEALTH, (1987): *Disease and society*. Londres, Routledge & Keegan Paul.
- KLEIN, R.; O'HIGGINS, M. (1985): *The future of welfare*. Oxford, Blackwell.
- KRAUSE, E.A. (1977): *Power and Illness. The political sociology of health and medical care*. Nueva York, Elsevier.
- KUHNLE, S. (1997): «La reconstrucción política de los Estados de Bienestar europeos». En: Moreno, L. (comp.) *Unión Europea y Estado del Bienestar*. Madrid, C.S.I.C., pp. 31-65.
- KUNST, A.E., MACKENBACH, J.P. (1995): *Measuring Socioeconomic inequalities in health*. Copenhagen, World Health Organisation.
- LAURELL, A.C. (1994): *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México, Friedrich Ebert Stiftung.
- LENA, H.F., LONDON, B. (1993): «The political and economic determinants of health outcomes: a cross-national analysis». *Int. J. Health Services*, 23, 585-602.
- LLUCH, E. (1997): «Costos crecientes y éxitos sanitarios públicos». *Revista de Administración Sanitaria*, 1, 35-44.
- LÓPEZ ACUÑA, D. (1980): *La salud desigual en México*. México, Siglo XXI.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G., IBERN, P. (1995): «Algunas consideraciones básicas para comprender las cifras de evolución del gasto sanitario». *Hacienda Pública Española*, 133-144.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.; CASADO, D. (1997): «La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal». *XVII Jornadas de Economía de la Salud*. Murcia.
- LOZANO, R., INFANTE, C., SCHLAEPFER, L., FRENK, J. (1993): *Desigualdad, pobreza y salud en México*. México, El Nacional.
- LUXEMBURG STUDY GROUP (1998): *Income Inequalities in Twenty Nations*. Luxemburgo.
- MACKAY, J. (1993): *Atlas de la santé dans le Monde*. Hong Kong, Éditions Autrement.
- MAESTRO, A., HUERTAS, R. (1992): *La Salud y el Estado. Los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis*. Madrid, FIM.
- MARMOT, M., BOBAK, M., DAVEY-SMITH, G. (1995): «Explanations for Social Inequalities in Health». En: Amick B.C. et al. (eds.) *Society and Health*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 172-210.
- MARSET, P., SÁEZ GÓMEZ, J.M., SÁNCHEZ MORENO, A. (1998): «Análisis comparado de sistemas sanitarios». En: Martínez Navarro, F. et al. *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill-Interamericana.
- MARTÍN, J., DE MANUEL, E., CARMONA, G., MARTÍNEZ, J. (1990): «Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria. II. El cambio interno». *Gaceta Sanitaria*, 4, 162-167.
- MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1998): et al. *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill-Interamericana.
- MEADOWS & MEADOWS (1992): *Más allá de los límites del crecimiento*. Madrid, El País-Aguilar.
- MAXWELL, R.J. (1981): *Health and wealth. An international study on health-care spendings*. Londres, Lexington.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1989): *Atlas de mortalidad evitable en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1995), (1996): *Servicios de Salud. Datos y cifras*, Madrid.
- MISHRA, R. (1984): *The welfare state in crisis*. Sussex, Harvester Press.
- MONCADA, S. (1999): *Working conditions and social inequalities in health*. *J.Epidemiol.Community Health*, 53, 390-391.
- MONEREO, M. (1991): *Las transformaciones en el norte y en el sur del mundo: entre la crisis y la reestructuración capitalista*. 2 vols., Madrid, FIM.
- MORENO, L. (comp.) (1997): *Unión Europea y Estado del Bienestar*. Madrid, C.S.I.C.

- NAVARRO, C., CABASÉS, J.M., TORMO, M.J. (eds.) (1995): *Informe SESPAS 1995: «La salud y el sistema sanitario en España»*. Barcelona, SG Editores.
- NAVARRO LÓPEZ, V. (1995): «El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado del Bienestar y su relevancia para España». *Gaceta Sanitaria*, 9, 202-209.
- BENACH DE ROVIRA, J. (1996): «Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España». *Rev. Esp. Salud Pública*, 70, 505-636.
- (1998): «Concepto actual de la salud pública». En: Martínez Navarro, F. et al. *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill-Interamericana.
- (1998): «Sistemas de salud en los países desarrollados». En: Martínez Navarro, V. et al. *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill-Interamericana.
- OCDE (1995): *New directions in health policy*. París.
- OFFE, C. (1984): *Contradictions of the Welfare State*. Londres, Hutchinson.
- OMS (1993): *Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente: «Nuestro planeta, nuestra salud»*, Washington, O.P.S.
- OMS (1995): *Rapport sur la Santé dans le Monde. Réduire les écarts*. Ginebra, O.M.S.
- ORTÚN, V., SEGURA, A. (1984): *España: democracia, crisis económica y política sanitaria*. Madrid, Consejería de Salud y Bienestar Social.
- ORTÚN RUBIO, V. (1997): «Gobierno de la sanidad y práctica clínica: ¿las instituciones olvidadas?» *Gaceta Sanitaria*, 11, 111-113.
- ORTÚN RUBIO, V. (1998): «Sistema sanitario y estado de bienestar: problemas a la vista». En: Catalá Villanueva, F.; de Manuel Keenoy, E. (eds.) *Informe SESPAS 1998: La salud y el futuro del estado del bienestar*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- PNUD (1995): *Informe sobre Desarrollo Humano*. México, Harla.
- RAZQUIN, P. (1996): *Alternativa al servicio público. Anuario de la salud, la medicina y la sanidad 1996*. Madrid, Ediciones El País, pp. 232-235.
- REGIDOR, E.; GONZÁLEZ, J. (1989): «Desigualdad social y mortalidad en España». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 63, 107-116.
- REGIDOR, E., GUTIÉRREZ FISAC, J.L., RODRÍGUEZ, C. (1994): *Diferencias y desigualdades de salud en España*. Madrid, Díaz de Santos.
- REPULLO LABRADOR, J.R. (1998): «Planificación y administración de servicios sanitarios». En: Martínez Navarro, F. et al. *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill-Interamericana.
- ROBLES, E., GARCÍA BENAVIDES, F., BERNABEU, J. (1996): «La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990». *Rev. Esp. Salud Pública*, 70, 221-233.
- RODRÍGUEZ, V., FERNÁNDEZ MAYORALAS, G., BARRIOS, L. (1993): *Análisis de las modalidades de cobertura sanitaria de la población española según la Encuesta Nacional de Salud*. Madrid, C.S.I.C.
- ROHEMER, M. (1980): *Perspectiva mundial de los servicios de salud*. México, Siglo XXI.
- SAN MARTÍN, H. (1985): *Crisis mundial de la salud. Problemas actuales de planificación, organización y gestión de los servicios de salud*. Madrid, Ciencia.
- SERIGÓ SEGARRA, A. (1992): «Filosofía del Servicio Nacional de Salud». *Noticias Médicas*, 3455, 10-12.
- U.N. FUND FOR POPULATION (1990): *State of the world population*. Nueva York.
- VENEDIKTOV, D.D. (1981): *Derecho de todos a la salud y su realización en los diferentes países del mundo*. Moscú, Progreso.
- VICTORA, C.G., BARROS, F.C., VAUGHAN, J.P. (1992): *Epidemiología de la desigualdad*. Organización Panamericana de la Salud.
- WILKINSON, R.G. (1994): «The poor pay the price of increased social inequality with their health». *British Medical Journal*, 308, 1131-1134.
- WILKINSON, R.G. (1996): *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Londres, Routledge.