

¿Politizándolo o puliéndolo? *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*

Anne-Emanuelle Birn

Introducción

El primer aniversario de la publicación de *Subsanar las desigualdades en una generación... (SDG)* es un buen momento para reflexionar sobre las contribuciones y las debilidades del informe, así como también para considerar el contexto político por venir. Con el lanzamiento del informe *SDG* no es la primera vez que la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda el problema mundial de las desigualdades en salud. Varios analistas han comparado *SDG* con la *Declaración de Alma-Ata*¹ de 1978. Algunos ven al informe como su continuación; otros lo acusan de no prestar suficiente atención a los principios, a los documentos de origen y a las líneas de acción propuestas en la Declaración.²

Anne-Emanuelle Birn. Investigadora, responsable de la Cátedra de Investigación de Canadá en Salud Internacional y profesora asociada de la Escuela de Salud Pública “Dalla Lana”, Universidad de Toronto, Canadá. Correo-e: ae.birn@utoronto.ca. Agradezco la ayuda de Danielle Schirmer y los consejos y el apoyo de Matt Anderson y Nancy Krieger para este artículo.

¹ OMS, *Declaración de Alma Ata*, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 septiembre, 1978.

² Esta comparación empezó incluso antes de su publicación, ver: Debabar Banerji, “Serious Crisis in the Practice of International Health by the World Health Organization: The Commission on Social Determinants of Health,” *International Journal of Health Services*, 36, no. 4, 2006, 637–50; WHO Commission on Social Determinants of Health, *Civil Society Report, October 2007*, www.who.int (accesado el 4 de enero 2008).

Podemos entender a los dos informes como puntos extremos de 30 años de capitalismo mundial brutal. Este ha sido un periodo marcado por la “década perdida” de los años 80s, por el final de la Guerra Fría y, más recientemente, por la implosión de las finanzas mundiales. Esta época presenció la publicación de dos manifiestos neoliberales en salud: El *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en salud*, del Banco Mundial (1993) y el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (2002). Ambos contienen el término “invertir en salud”³ en su título, lo que expresa un doble significado: “invertir para mejorar la salud [a través de intervenciones técnicas de corte “costo-beneficio” limitadas], la productividad económica y la pobreza; así como el afán de invertir capital, especialmente capital privado, como ruta para lucrar en el sector salud”.⁴

³ World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, New York: Oxford University Press for the World Bank, 1993; WHO, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Geneva: WHO, 2002.

⁴ Howard Waitzkin, “Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: A Summary and Critique,” *Lancet*, 361, no. 9356, 2003, 523. Ver también: Alison Katz, “The Sachs Report: Investing in Health for Economic Development or Increasing the Size of the Crumbs from the Rich Man’s Table? Part I,” *International Journal of Health Services*, 34, no. 4, 2004, 751–73; Anne-Emanuelle Birn, Yogan Pillay, and Timothy H. Holtz, *Textbook of International*

Siguiendo estos informes, se observa que el lanzamiento en el 2005 por parte de la OMS de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS o Comisión, en adelante), bajo la dirección de Sir Michael Marmot, dio un rayo de esperanza para gran número de investigadores, practicantes y activistas de salud pública, quienes creen que la justicia social está en el centro de la salud pública.⁵ La conformación de la Comisión fue la cristalización de una pesada lucha en contra del paradigma dominante que entiende a la salud como un instrumento y un impulsor del crecimiento económico, en lugar de un derecho y un valor humano intrínseco.⁶

Contribuciones del informe que son bienvenidas

El *SDG* hace tres contribuciones importantes: a) proporciona mayor legitimidad a los determinantes sociales⁸ del campo de la salud, llamando a un mejoría en la medición y en el monitoreo de la inequidad en salud;⁷ b) discute las dimensiones mundiales de las inequidades sociales en salud y c) identifica el papel de los sistemas públicos de salud como un determinante importante.

En cuanto a los determinantes sociales de la salud,⁸ el viejo dicho “si no preguntas, no sabes y

Health: Global Health in a Dynamic World, 3rd ed., New York: Oxford University Press, 2009.

⁵ Nancy Krieger y Anne-Emanuelle Birn, “A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848,” *American Journal of Public Health*, 88, no. 11, 1998, 1603–06; Richard Hofrichter, ed., *Health and Social Justice: Politics, Ideology and Inequity in the Distribution of Disease*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2003.

⁶ Fran Baum, “Cracking the Nut of Health Equity: Top Down and Bottom Up Pressure for Action on the Social Determinants of Health,” *Promotion and Education*, 14, no. 2, 2007, 90–95.

⁷ Definida como inequidades en salud evitables.

⁸ A pesar de que el término “determinantes sociales de la salud” es ampliamente utilizado (incluyendo el texto *Subsanar las desigualdades*), yo empleo, en cambio, determinantes **sociales** de la salud para referirme a las fuerzas estructurales que afectan la salud. De manera estricta, los determinantes sociales de la salud se refieren a los factores relacionados con las

si no sabes, no puedes actuar”,⁹ es más acertado que nunca. Sin conocimiento sobre los patrones de salud-enfermedad locales, nacionales e internacionales, la acción para reducir las inequidades se ve seriamente limitada. Históricamente, aquéllos a favor del argumento de que la injusticia social subyace en las inequidades sociales en salud han ejercido menos poder en la mayoría de los contextos y en los informes oficiales¹⁰ que aquéllos que argumentan que, por ejemplo, las faltas personales o el crecimiento económico inadecuado impulsan la inequidad.

Como tal, la contribución más importante de *SDG* es la legitimidad que la OMS ha concedido al campo de los determinantes sociales en salud y a los investigadores, maestros, practicantes, defensores y activistas que trabajaron en la Comisión. logrando: “Es fundamental, como punto de partida para la acción, reconocer que hay un problema y garantizar medidas para definir la

interacciones entre las personas y las comunidades, mientras que los **sociales** enfatizan una serie más amplia de influencias históricas, políticas, económicas y otros elementos estructurales que son manifiestos a nivel mundial, nacional, comunitario y del hogar. Ver Barbara Starfield, “Are Social Determinants of Health the Same as Societal Determinants of Health?” *Health Promotion Journal of Australia*, 17, no. 3, 2006, 170–73; para una utilización previa de este término, Jonathan M. Mann, Sofia Gruskin, Michael A. Grodin, y George J. Annas, eds., *Health and Human Rights? A Reader*, New York: Routledge, 1999.

Nota de los editores: en español no es de uso común la palabra societal, pero se conserva el término, con el fin de retomar la diferencia entre sociales y sociales que establece la autora.

⁹ Nancy Krieger, “The Making of Public Health Data: Paradigms, Politics, and Policy,” *Journal of Public Health Policy*, 13, no. 4, 1992, 412.

¹⁰ De manera sorprendente, *Subsanar las desigualdades...*, no cita el trabajo de Nancy Krieger, quien ha sido una pionera moderna en el campo de las desigualdades sociales en salud a nivel teórico, empírico y práctico. Para empezar, ver Nancy Krieger (ed.), *Embodying Inequality: Epidemiologic Perspectives*, Amityville, NY: Baywood Publications, Inc., 2005 y www.hsph.harvard.edu/faculty/nancy-krieger/ También están excluidas las aportaciones de Vicente Navarro y de Howard Waitzkin, citados ambos más adelante, sobre la relación entre el poder político y las desigualdades sociales en salud.

magnitud de la inequidad sanitaria”.¹¹ De manera muy útil, el *SDG* propone un Sistema para la Vigilancia de la Equidad Sanitaria (*Health Equity Surveillance Framework*),¹² que incluye recomendaciones sobre cómo los determinantes sociales deben ser medidos sistemáticamente y el modo en que, una vez recolectados los datos, deben ser compartidos y analizados a nivel local, nacional y mundial con el fin de impactar mejor en las políticas.

Este enfoque en la medición de la inequidad sanitaria está construido sobre esfuerzos actuales, como la Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (AGME; *Global Equity Gauge Alliance*), que es una red de académicos, activistas y hacedores de políticas latinoamericanos, africanos y asiáticos, que desde 1999 trabaja en el establecimiento de indicadores locales y nacionales para evaluar, movilizar y monitorear la equidad en salud y la atención sanitaria.¹³

La plataforma de la AGME subraya la segunda contribución de *SDG*: su campo de acción verdaderamente mundial. La evidencia de las inequidades en salud, las explicaciones de cómo los factores sociales afectan la salud y los ejemplos útiles de abordajes de estos determinantes, están todos basados en las experiencias tanto de países “en vías de desarrollo” o “de transición”, como de los “desarrollados”.

Hasta la fecha, la corriente dominante en la literatura sobre determinantes sociales se ha concentrado en Europa, Norteamérica y otros contextos industrializados, en donde los datos y los financiamientos están disponibles. Este sesgo hacia el Norte global ha hecho que la

¹¹ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009, 206.

¹² CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 182.

¹³ Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad, *El monitoreo de la equidad: conceptos, principios y pautas. Una guía para cambios sociales y de las normas en el campo de la salud*, Durban: Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad y el Consorcio de Sistemas de Salud, 2003.

investigación se centre en inequidades de ingreso, posición ocupacional y otros factores,¹⁴ minimizando de esa manera la importancia de las condiciones materiales: la pobreza absoluta que enfrenta un tercio de la población del mundo, que vive con menos de dos dólares diarios¹⁵ y falta de acceso adecuado a alimento, agua, vivienda, educación, atención médica y otras necesidades humanas. Ciertamente, las perspectivas de la economía política de la salud¹⁶ y la medicina social¹⁷ enfatizan también las circunstancias materiales, pero no miden necesariamente la gama de procesos contenidos en los enfoques de determinantes sociales. El *SDG* cubre la inequidad relativa y la deprivación absoluta, y comprende que *ambas* importan en el Norte y en el Sur globales.

Tercero, el *SDG* reconoce el papel de los sistemas de atención sanitaria como un determinante relevante de la salud, aunque no el principal. Este factor ha sido pasado por alto en mucha de la literatura de determinantes sociales de los años recientes.¹⁸ El *SDG* restaura apropiadamente el

¹⁴ Por ejemplo, Richard Wilkinson y Michael Marmot (eds.), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd ed., Copenhagen: WHO EURO, 2003; Richard Wilkinson y Kate E. Pickett, “Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence,” *Social Science and Medicine*, 62, no. 7, 2006, 1768–84.

¹⁵ Banco Mundial, *World Development Indicators 2007*, Washington, D.C.: World Bank, 2007.

¹⁶ Leslie Doyal y Imogen Pennell, *The Political Economy of Health*, London: Pluto Press, 1979; Imrana Qadeer, Kasturi Sen, y K.R. Nayar, eds., *Public Health and the Poverty of Reforms: The South Asian Predicament*, New Delhi: Sage, 2001.

¹⁷ Saúl Franco, Everardo Nunes, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, *Debates en medicina social*, Quito, Organización Panamericana de la Salud y Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1991; Howard Waitzkin, Celia Iriart, Alfredo Estrada y Silvia Lamadrid, “Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America,” *American Journal of Public Health*, 91, no.10, 2001, 1592–601.

¹⁸ Ichiro Kawachi y Bruce Kennedy, *The Health of Nations: Why Inequality Is Harmful to Your Health*, New York: New Press, 2002; Sandro Galea, ed., *Macrosocial Determinants of Population Health*, New York: Springer, 2007; Michael Marmot y Richard

papel que el acceso universal a sistemas de salud de calidad y, especialmente, de atención primaria en salud¹⁹ tiene en la disminución de las desigualdades en salud,²⁰ particularmente en el contexto de los estados de bienestar fortalecidos. En ese sentido, el *SDG* trasciende las dicotomías simplistas y a menudo divisorias de los determinantes de salud, es decir: que, por ejemplo, el enfrentamiento de factores políticos subyacentes, resolverá automáticamente problemas intermediarios, incluyendo el acceso a la atención primaria.²¹

Debilidades del informe

Como varios críticos han mencionado, una deficiencia del *SDG* es que no examina por qué no han sido puestas en marcha las políticas que fueron recomendadas en la declaración de Alma-Ata, y que son nuevamente recomendadas en el *SDG*.²² Además, ignora el contexto político de los problemas financieros y organizacionales de la OMS en las últimas décadas.²³

Wilkinson, eds., *Social Determinants of Health*, New York: Oxford University Press, 1999.

¹⁹ Barbara Starfield, Leiyu Shi, y James Macinko, "Contribution of primary care to health systems and health," *Milbank Quarterly*, 83, 2005, 457-502.

²⁰ Rosana Aquino, Nelson F. de Oliveira, y Mauricio L. Barreto, "Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities," *American Journal of Public Health*, 99, 2009, 87-93.

²¹ Nancy Krieger, "Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It?" *American Journal of Public Health*, 98, no. 2, 2008, 221-30.

²² Diana Obregón, "We are under no illusions": *Closing the gap in a generation*, el informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, presentado en el *The World Health Organization and the Social Determinants of Health: Assessing theory, policy and practice*, Wellcome Trust Centre for the History of Medicine en la UCL, Londres, Reino Unido, 26-28, noviembre 2008. También fue previsto por Alec Irwin y Elena Scali, *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences. A Background Paper Prepared for the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva: WHO, Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health, 2005.

²³ Vicente Navarro, "What We Mean by Social Determinants of Health," *Global Health Promotion*, 16, no. 1, 2009, 5-16.

Asesinato social a gran escala

Resulta igualmente perturbarte que los debates históricos sobre la existencia, el rastreo,²⁴ el significado y el enfrentamiento de las inequidades en salud²⁵ se excluyeran del *SDG*.

El peso de la historia es especialmente grande en la señal de aviso de la contraportada del *CGC*: "La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas". Esta constituye una formulación menos grosera del concepto de Friedrich Engels de "asesinato social".

*Si un trabajador muere nadie responsabiliza a la sociedad de su muerte, a pesar de que algunos se dan cuenta de que la sociedad ha fracasado en prevenir que la víctima fallezca. De cualquier modo, se trata de un asesinato. Ahora he de... comprobar que todos los días y a cada hora, la sociedad inglesa comete lo que la prensa de los trabajadores ingleses justamente denuncia como asesinatos sociales.*²⁶

Engels no sólo argumentaba que la injusticia social estaba asesinando a gran escala, sino que, además, identificaba a los perpetradores: la aristocracia y la burguesía inglesas.²⁷ Como Vicente Navarro muestra, el *SDG* evade del todo

²⁴ David Mechanic, "Rediscovering the Social Determinants of Health," *Health Affairs*, 19, no. 3, 2000, 269-76.

²⁵ Howard Waitzkin, "The Social Origins of Illness: A Neglected History," in *Embodying Inequality: Epidemiologic Perspectives*, ed. Nancy Krieger, Amityville, NY: Baywood Publications, Inc., 2005.

²⁶ Friedrich Engels, *The Condition of the Working Class in England*, traducido y editado por W. O. Henderson y W. H. Chaloner, 1845; Palo Alto, CA: Stanford University Press, 1968. Ver también el artículo maravilloso de Susan Rosenthal, "Engels and the WHO Report," *Dissident Voice*, Sept 2, 2008. <http://dissidentvoice.org/2008/09/engels-and-the-who-report/>

²⁷ Robert Chernomas e Ian Hudson, *Social Murder, and Other Shortcomings of Conservative Economics*, Winnipeg: Arbeiter Ring Publishing, 2007.

estos asuntos de poder: “No son las *inequidades* las que matan; sino que son *aquéllos que se benefician de ellas* y las perpetúan, los que asesinan”.²⁸

Al evadir la contextualización histórica, el *SDG* pierde la oportunidad de rastrear la responsabilidad de las fábricas y de otros campos asesinos producto de la injusticia social. Por tanto, el *SDG* se socava a sí mismo al no reconocer los debates y las luchas históricas que han moldeado la comprensión de los determinantes sociales de la salud. De ese modo, el informe minimiza los obstáculos importantes que existen en la traducción de sus recomendaciones a la realidad.

Los enfoques de cuatro pensadores clave de los determinantes sociales del siglo XIX (Louis-René Villermé, Edwin Chadwick, Friedrich Engels) ilustran cómo la superposición de los hallazgos empíricos acerca de la relación entre pobreza y mortalidad ha producido marcos interpretativos y proyectos políticos divergentes.²⁹

El cirujano francés, vuelto investigador social, Louis-René Villermé (1782–1863), descubrió por medio de la utilización de datos publicados, diferencias persistentes y sistemáticas en la mortalidad en diferentes *arrondissements* (distritos) parisinos.³⁰ Al no ser capaz de hallar una explicación ambiental satisfactoria para estos patrones (o de aceptar una cosmológica), demostró

²⁸ Navarro, “What We Mean by Social Determinants of Health,” 15.

²⁹ Estos temas son abordados en detalle en otro artículo: Anne-Emanuelle Birn, “Historicising, Politicising, and “Futurising” *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*,” en *The World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health: Critical Perspectives*, editado por Harold Cook, Sanjoy Bhattacharya, Sharon Messenger, y Caroline Overy. Hyderabad, India: Orient Blackswan, próxima aparición 2010.

³⁰ Louis-René Villermé, “Rapport fait par M. Villermé, et lu à l’Académie royale de médecine, au nom de la Commission de statistique, sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans les douze arrondissements municipaux de la ville de Paris pendant les cinq années 1817, 1818, 1819, 1820 et 1821,” *Archives générales de médecine*, 10, 1826, 216–47.

de manera laboriosa que se correlacionaban casi perfectamente con las tasas de pobreza: entre más pobre el distrito, más alta la mortalidad, de manera consistente y ascendente.³¹ Sin embargo, como liberal³² y defensor del libre mercado, Villermé se oponía a las políticas públicas dirigidas al mejoramiento social, en cambio, veía a la pobreza (interpretada como inmoralidad: vicio, bebida, libertinaje, holgazanería y malos hábitos) como una falla personal que podía ser superada a través del esfuerzo individual y del avance de la industrialización capitalista. Al mismo tiempo que las investigaciones de Villermé sobre las inequidades sociales en la salud fueron innovadoras, incluso revolucionarias, sus conclusiones fueron *laissez-faire* al extremo; absolvían a la burguesía francesa de la necesidad de aliviar la miseria o la inequidad a través de medidas de salud pública o de políticas amplias de bienestar social.

En el Reino Unido, las dos figuras más prominentes en los debates sobre la responsabilidad pública vs. la responsabilidad privada para la salud y el bienestar fueron Edwin Chadwick (1800-1890) y Friedrich Engels (1820-1895). Chadwick era abogado, utilitario y servidor público, fue el autor principal y el administrador de la inhumana Nueva Ley de Pobreza (*New Poor Law*) de 1834; la que obligaba a los indigentes a ingresar a asilos “infernales” para pobres, en lugar de recibir ayuda en sus parroquias. Posteriormente, Chadwick emprendió una reforma sanitaria inspirada por la creencia de que debido a que la enfermedad producía pobreza, la prevención de la enfermedad podía reducir el gasto social. De modo semejante al enfoque contemporáneo de “invertir en salud”, Chadwick fue ciego a la dirección causal contraria; es decir,

³¹ Ann F. La Berge, *Mission and Method: The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement* (Cambridge: Cambridge University Press, 1992); William Coleman, *Death Is a Social Disease: Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, Madison, WI: University of Wisconsin Press, 1982; Krieger, “The Making of Public Health Data.”

³² Liberal en el sentido político filosófico del siglo XVIII, es decir, basado en las libertades individuales y en el comercio libre. No se debe confundir con la interpretación estadounidense de liberal, que significa en la izquierda política o con posiciones progresistas.

que la pobreza produce enfermedad. Su colosal *Informe sobre las Condiciones Sanitarias de la Población Trabajadora del Reino Unido* (1842) documentó condiciones de vida horribles, hacinamiento en fábricas y viviendas, problemas ambientales de suciedad en las calles y falta de sanidad. Además, notó las diferencias sistemáticas en la esperanza de vida por clase social (entre la alta burguesía, los comerciantes y los trabajadores de diferentes lugares). Las recomendaciones de Chadwick, dirigidas a funcionarios públicos, hombres de negocio y legisladores, pedían la eliminación de las aguas residuales y negras, el suministro de agua salubre y la recolección regular de residuos.

Como Villermé, Chadwick creía que los pobres eran inmorales y sucios, pero, basándose en la teoría miasmática de la enfermedad, sostenía que las condiciones ambientales nocivas eran una causa principal de la enfermedad y la pobreza. A pesar de la evidencia ubicada frente a él: las circunstancias funestas de la clase trabajadora inglesa, su limitada interpretación y su intencionado afán de no responsabilizar a la estas circunstancias, lo condujeron a rechazar que la mejora de las condiciones de vida y de trabajo más allá de las medidas ambientales, los salarios más altos e, incluso, una mejor alimentación, como remedio en contra de la miseria y el pauperismo.

Engels, hijo de un industrial alemán, convertido en un radical político, publicó *La condición de la clase obrera en Inglaterra* (1845), haciendo una síntesis de sus propias observaciones perceptivas y de la información de estudios e informes existentes. El libro de Engels fue político, e incendiario prestando mucha atención a la opresión y al sufrimiento de los trabajadores.³³ Como Howard Waitzkin ha demostrado, Engels vinculó de manera provisoria los procesos y las exposiciones del trabajo industrial con los problemas músculo esqueléticos, neurológicos, de los ojos y con las enfermedades pulmonares.³⁴

³³ Waitzkin, "The Social Origins of Illness."

³⁴ Howard Waitzkin, "Political Economic Systems and the Health of Populations: Historical Thought and Current Directions," en *Macrosocial Determinants of Population Health*, ed. Sandro Galea, New York: Springer, 2007.

Engels reiteró varios de los hallazgos de Chadwick sobre las inequidades en la esperanza de vida y en la mortalidad infantil por clase ocupacional. También citó una encuesta oficial que revelaba aumentos graduales en la tasa bruta de mortalidad por clase, a nivel de hogares y calles individuales, demostrando así el efecto del contexto.³⁵

La investigación de Chadwick y el trabajo de Engels produjeron los mismos patrones que los de Villermé: entre más baja la clase social y la ocupación, más alta la mortalidad y *vice versa*. A pesar de la similitud de los hallazgos sobre las inequidades sociales en salud, la interpretación que Engels hizo de los datos, su convocatoria a la acción y el público al que sus escritos eran destinados, contrastaban con los de Villermé y los de Chadwick. Engels creía que la movilización de la clase obrera en contra del sistema capitalista (en oposición al enfoque *laissez-faire* de Villermé y la legislación correctiva impuesta desde arriba de Chadwick) era necesaria para acabar con la explotación y la pobreza y con sus efectos sociales y en la salud. Poco tiempo después de haber articulado su visión profundamente política de los determinantes sociales de la salud, Engels empezó a trabajar junto con Karl Marx. Su autoría conjunta del *Manifiesto Comunista* (1848) marcó el inicio de una colaboración que duraría toda la vida.

Esta comparación entre Villermé, Chadwick y Engels es un recordatorio claro de que: 1) la evidencia del vínculo entre pobreza y enfermedad viene de largo; 2) los datos sobre la inequidad social en salud son interpretados de acuerdo a diversos marcos teóricos e ideológicos y 3) el modo en el que los datos son interpretados moldean los tipos de acción (o inacción) emprendidos.

³⁵ Engels, *The Condition of the Working Class in England*, 121; George Davey Smith, "Down at Heart—The Meaning and Implications of Social Inequalities in Cardiovascular Disease," *Journal of the Royal College of Physicians*, 31, no. 4, 1997, 414–24; Nancy Krieger, "Historical Roots of Social Epidemiology: Socioeconomic Gradients in Health and Contextual Analysis," *International Journal of Epidemiology*, 30, 2001, 899–900.

Cuadro 1
Paradigmas de la inequidad en salud del siglo
XIX: *laissez-faire*, reforma, revolución

Villermé
– La pobreza y el vicio causan enfermedad
– Los individuos necesitan mejoramiento moral
– La sociedad necesita mayor desarrollo industrial <i>laissez-faire</i>
Chadwick
– La suciedad y la inmoralidad causan enfermedad y pobreza
– Se necesita una reforma sanitaria
Engels
– El capitalismo y la explotación de clase producen pobreza, enfermedad y muerte
– Se necesita una revolución

Fuente: la autora

Las respuestas dependen del poder relativo de las fuerzas políticas salientes y de los otros intereses institucionales, de clase o estatales. Estas fuerzas incluyen a élites económicas, instituciones religiosas, legisladores, funcionarios públicos, obreros industriales, trabajadores rurales, sindicatos, movimientos sociales y otros grupos. La interacción de estas fuerzas ocurre a través de partidos políticos, alianzas de la sociedad civil y/o conflicto. El Estado responde a estos esfuerzos apoyando o aplastándolos. Esta perspectiva histórica hace evidente las opciones y a los retos políticos reales de la puesta en marcha de las recomendaciones del *SDG* en la actualidad.

Podemos enriquecer esta perspectiva considerando cómo las ideas del médico de Prusia, Rudolf Virchow, podrían aumentar la influencia del *SDG*. Virchow (1821-1902) fue el fundador de la patología celular; se radicalizó por medio de su investigación de primera mano sobre una epidemia devastadora de tifus entre los campesinos polacos de Alta Silesia y por su participación en las barricadas de la revuelta de 1848 en Berlín. Por medio de la exigencia de democracia como estrategia principal para la resolución de la epidemia, Virchow fue un pionero en la integración de los determinantes sociales de la salud (estructurales, políticos y médicos) con el papel especial que han de tener los médicos en la denuncia de las condiciones de pobreza y de privación que conducen a la enfermedad.

Por sus roles diversos como dispensadores de atención, observadores antropológicos y científicos, Virchow consideró a los trabajadores de la salud como los “defensores naturales de los pobres.”³⁶ Dos siglos más tarde, aunque de manera loable la Comisión consultó a actores de la sociedad civil, el *SDG* en última instancia es el trabajo de profesionales de la salud pública. Como Virchow señaló, los trabajadores de la salud combinan su atestiguamiento del sufrimiento de primera mano, con su legitimidad como pregoneros. Sin embargo, Virchow mismo estaba también enteramente consciente de que las voces de la salud pública tenían poco valor, de no existir paralelamente un compromiso profundo con el activismo político.

¿Dónde está la política del poder y la rendición de cuentas?

De acuerdo a la directora general de la OMS, Dra. Margaret Chan, el hallazgo principal de la Comisión es sencillo: “... las condiciones sociales en las que las personas nacen, viven y trabajan constituyen el determinante más importante de la buena o la mala salud, de una vida larga y productiva, o una corta y miserable... esto acaba el debate de modo decisivo.”³⁷ Mientras que el *SDG* hace eco a la formulación de Virchow de los factores críticos que moldean la salud y la enfermedad (y hace un trabajo magistral en la documentación de la existencia y las consecuencias de la inequidad en salud) es, sin embargo, en oposición a Virchow, “profundamente apolítico”.³⁸ El informe casi no dice nada acerca de las *causas* de las “causas de las causas”,³⁹ es decir, ignora lo que en primer lugar crea la inequidad.

³⁶ Rudolf Virchow, “The Aims of the Journal ‘Medical Reform,’” en *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*, ed. L.J. Rather, 1848; Canton, MA: Science History Publications, 1985, p. 4.

³⁷ Margaret Chan, *Launch of the Final Report of the Commission on Social Determinants*, www.who.int (accesado el 15 de noviembre 2008).

³⁸ Navarro, “What We Mean by Social Determinants of Health,” p. 15.

³⁹ Un término invocado frecuentemente por el director de la CDSS, Michael Marmot.

Este silencio es evidente en el entendimiento amorfo que el *SDG* tiene sobre el poder y los caminos para lograr una distribución de la riqueza y de los recursos más justa. El empoderamiento es abordado en términos de identidad civil, de libertad y de autonomía, de la participación social de las mujeres y la de las poblaciones marginadas, especialmente los pueblos indígenas y a través del aseguramiento de “Dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad mediante un sistema de representación justo en los procesos de toma de decisiones relativos al funcionamiento de la sociedad.”⁴⁰ Todas estas son cuestiones importantes de ser incluidas, sin duda alguna.

No puede negarse que la puesta en marcha de tales acciones de empoderamiento sería verdaderamente transformativa. Sin embargo, el *SDG* sigue siendo vago acerca de *cómo* podría lograrse más control representativo sobre las decisiones y los recursos sociales. Propone una convergencia confusa de aproximaciones de arriba hacia abajo (se supone que a través de leyes y políticas) y de las bases hacia arriba (a través del involucramiento de las comunidades y de la sociedad civil). Pero el papel de los movimientos sociales en los cambios políticos y sociales pequeños y trascendentes, pasados y presentes, en la sociedad a nivel local, nacional y mundial es relegado a unas líneas anodinas al final de un capítulo.

Debido a su reconocimiento de la importancia del contexto local, el informe justamente evita prescribir estrategias particulares para lograr el cambio. De todos modos, las numerosas casillas en las que se describen las experiencias y los éxitos del “empoderamiento político” están despojadas de las luchas políticas detrás estos desarrollos.⁴¹ (por ejemplo, las enmiendas constitucionales de 1993 en la India, por medio de las que se reserva un tercio de las plazas en los consejos del pueblo a las mujeres; o el programa venezolano “Barrio Adentro”, que logró otorgar derechos de salud a los marginados).

⁴⁰ CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 158.

⁴¹ Charles L. Briggs y Clara Mantini-Briggs, “Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela,” *American Journal of Public Health*, 99, 2009, 549–55.

Además, el *SDG* no establece correspondencias entre los grupos en necesidad de empoderamiento y los que ejercen demasiado poder, por lo que resulta tímido en cuanto a cómo el poder podría ser compartido de manera equitativa dentro y entre las sociedades. Una y otra vez, el reporte pide justicia, participación y protección (en el lugar de trabajo en la comunidad y en la esfera pública), pero sin nombrar a las fuerzas y a las instituciones que, en primer lugar, crean y perpetúan estas condiciones injustas.

En el capítulo sobre la “responsabilidad del mercado” borda sigilosamente alrededor del papel de los mercados, del capital y del poder corporativo. Reconoce que la globalización dirigida por el mercado ha tenido consecuencias dañinas, desalienta la privatización a gran escala de ciertos bienes públicos y pide una “participación equitativa” en el comercio, en los acuerdos de inversión y en las instituciones económicas mundiales.⁴² Sin embargo, sólo aborda superficialmente *cómo* las fuerzas del mercado afectan negativamente la equidad en salud. Cuando el *SDG* invoca a los actores más poderosos a nivel mundial (como a la Organización Mundial del Comercio, a las compañías transnacionales y a los dueños del capital financiero) lo hace de una manera muy neutral, a menudo ingenua. Por ejemplo, se menciona que las transnacionales (e.g. Wal-Mart, ExxonMobil) tienen ingresos más altos que los Producto Interno Bruto de la mayoría de los países; por lo que el informe propone que el poder empresarial debe ser responsable ante “el bien público, además de estar dedicado a cumplir con fines económicos privados”.⁴³

Esta afirmación optimista oculta la realidad de que los intereses de los sectores privados son *por definición* únicamente responsables ante sus propietarios/accionistas privados. Las transnacionales se han beneficiado enormemente de desobedecer leyes, de la explotación de los trabajadores y de la contaminación del medio ambiente, precisamente *porque carecen de responsabilidad social* y están incentivadas para

⁴² CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 144.

⁴³ CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 133.

hacerlo.⁴⁴ Debido a que las corporaciones que cotizan en la Bolsa de Valores tienen una responsabilidad fiduciaria de generar ganancias para sus accionistas primaria (es decir, una obligación legal), cualquier impedimento a la generación de lucro viola esta obligación y está sujeto a acción legal. La buena voluntad o las medidas de responsabilidad dejadas a su propia iniciativa son obviamente insuficientes para proteger la salud y el bienestar. Tal como lo ha expresado el economista premio Nobel, Milton Friedman, “pedirle a una compañía que sea socialmente responsable tiene tanto sentido como pedirselo a un edificio”.⁴⁵

El *SDG* defiende dos caminos de acción para hacer al mercado “responsable”: uno, es aumentar la representación de voceros de la salud pública en las negociaciones de la política económica, anclada en la institucionalización de la Evaluación del Impacto sobre la Equidad Sanitaria (EIES) en todas las políticas nacionales e internacionales y en los tratados económicos. Este es un buen comienzo, pero con algunas advertencias importantes. Por un lado, esta recomendación asume que la representación de la salud pública reflejaría un enfoque de equidad en salud, olvidando que existen marcos de salud pública opuestos (recuérdese a Villermé, a Chadwick y a Engels) basados en principios claramente diferentes (p. ej., incentivos del mercado, la relación costo-beneficio y la justicia social), que generan cursos de acción distintos. Además, las EIES excluyen a las políticas existentes de la evaluación, lo que minimiza en gran escala su impacto. Por último, y lo más importante, esta recomendación supone que la mera presencia de las voces de la salud pública y las herramientas de la EIES alterarían la política de toma de decisiones, sin hacer caso de cómo son tomadas, por quién y para qué. Todas estas son cuestiones profundamente políticas que están atadas a las

⁴⁴ People’s Health Movement, Medact, y Global Equity Gauge Alliance, *Global Health Watch 2005–2006: Alternative World Health Report*, London: Zed Books, 2005.

⁴⁵ Milton Friedman, *Who’s Who*, www.thecorporation.com (accesado el 5 de diciembre 2007).

fuerzas que ejercen el poder en el orden económico.

Segundo, en los hechos, el *SDG* pide la resurrección del papel principal del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de otros que también la afectan (alimentos, tabaco y alcohol).⁴⁶ Una vez más, se trata de un paso importante, pero demasiado limitado. Después de todo, como nos recuerda Amartya Sen, incluso Adam Smith reconoció que los mercados libres inherentemente generan ganadores y perdedores y que estas inequidades necesitan ser subsanadas a través de la provisión pública de servicios educativos y sociales.⁴⁷ Dado el alcance del marco de determinantes sociales de la Comisión, muchos otros aspectos de las condiciones de vida y trabajo discutidas a lo largo del *SDG* pertenecen a la esfera proteccionista del Estado y deberían ser citados explícitamente.

El *SDG* podría solidificar su postura sobre el papel vital del sector público, basándose en un enfoque de derechos humanos.⁴⁸ La mayoría de los países ya han reconocido la responsabilidad gubernamental de “respetar, proteger y realizar” el derecho humano a la salud.⁴⁹ Cerca de dos tercios de todos los países tienen derechos de salud o relacionados con la salud, consagrados en sus constituciones.⁵⁰ Estos están explícita o implícitamente basados en los determinantes sociales de la salud (incluyendo la vivienda y la educación adecuadas; la no-discriminación por origen racial, étnico y otros factores y el empleo justo). El *SDG* podría reforzar su defensa de la

⁴⁶ CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 138.

⁴⁷ Amartya Sen, “Capitalism beyond the Crisis,” *The New York Times Review of Books*, 56, no. 5, 2009.

⁴⁸ Paul Hunt, “Missed opportunities: human rights and the Commission on Social Determinants of Health,” *Global Health Promotion*, 16, 2009, 36–41.

⁴⁹ Sofia Gruskin y Daniel Tarantola, “Health and Human Rights,” in *Perspectives on Health and Human Rights*, eds. Sofia Gruskin, Michael A. Grodin, George J. Annas, y Stephen P. Marks, New York: Routledge Press, 2005.

⁵⁰ Eleanor D. Kinney y Brian A. Clark, “Provisions for health and health-care in the constitutions of the countries of the world,” *Cornell International Law Journal*, 37, no. 2, 2004, 285–355.

provisión y la regulación del sector público si exigiera: a) la aplicación de los instrumentos nacionales y de derechos humanos como base para el logro de la equidad sanitaria y b) un fin a las múltiples prácticas viles del sector privado que impiden los derechos humanos.

Sobre todo, el mismo término “responsabilidad del mercado” es un contrasentido; las entidades elegidas son responsables, pero los mercados no, tampoco lo son las fundaciones privadas.⁵¹ Lamentablemente, el *SDG* también elude responsabilizar a las grandes corporaciones filantrópicas, que se han vuelto poderosos actores de la salud mundial. Sólo menciona que la Fundación Gates ha llegado a tener un presupuesto anual más grande que el de la OMS, sin discutir las implicaciones de este hecho.⁵² Al evitar el análisis de las políticas de la responsabilidad, el *SDG* no acusa al inmenso y antidemocrático poder del sector privado; poder que crea y perpetúa las mismas injusticias sociales que “están acabando con la vida de muchísimas personas”.⁵³

Con el fin de que los actores del mercado, del sector privado y sus aliados políticos ejercieran una influencia “benigna”,⁵⁴ tendrían que ser *desempoderados*, perdiendo el aplastante poder que les permite bloquear la aprobación o la aplicación de leyes y regulaciones dirigidas a la protección del bien público. Esta puede ser una ecuación demasiado descortés y poco política para que la CDSS la haga, pero el informe debería de abstenerse de aseverar que la equidad sanitaria será alcanzada “con la colaboración del sector privado”.⁵⁵

⁵¹ Anne-Emanuelle Birn, “Gates’s Grandest Challenge: Transcending Technology as Public Health Ideology,” *The Lancet*, 366, 2005, 514-519; People’s Health Movement, Medact, and Global Equity Gauge Alliance, *Global Health Watch 2: An Alternative World Health Report*, London: Zed Books, 2008.

⁵² CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 174.

⁵³ Ver Navarro, “What We Mean by Social Determinants of Health”; Kim, Millen, Irwin, y Gershman, eds., *Dying for Growth*; Fort, Mercer y Gish, eds., *Sickness and Wealth*.

⁵⁴ CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 144.

⁵⁵ Traducido de la versión en inglés del informe, ya que esa frase no se encuentra en la versión en español. CDSS, *Closing the Gap...*, 109.

Por supuesto que estas debilidades no son tanto un reflejo de la CDSS, como de la OMS, que está acotada por sus políticas de consenso y por el dominio de actores poderosos, como son los gobiernos donadores más grandes, es decir, los Estados Unidos y otros países del G8, cuyas políticas de salud global mismas están moldeadas fuertemente por intereses corporativos.⁵⁶ Cuando la OMS se desvió en los años 70s de las campañas tecnocráticas de la enfermedad, en un intento por reorientarse hacia “una conciencia de salud mundial detrás del cambio nacional progresista”,⁵⁷ se enfrentó con recortes presupuestales vengativos por parte del gobierno de los Estados Unidos y su desplazamiento por el Banco Mundial y otras agencias de desarrollo, que favorecen ideas de libre mercado en la salud internacional.⁵⁸ Este reto a la autoridad de la OMS continúa hasta el presente, en medio de la proliferación de sociedades público-privadas, fundaciones filantrópicas, actores corporativos y otros intereses privados en la salud mundial.⁵⁹

Es claro que el *SDG* no puede ser tan incendiario como Engels, pero podría ir más lejos para demostrar cómo el sector privado y los dueños del capital han creado y perpetuado mucha de la inequidad sanitaria que existe en el mundo y que la realización de la mayoría de las recomendaciones del *SDG* están sujetas a la disminución del poder del mercado.

Volviéndolo político: ¿Qué necesita hacerse?

A pesar de estas limitaciones, el *SDG* da signos de esperanza al asumir la redistribución socioeconómica como una prioridad. El reporte exige un impuesto progresivo, la condonación de deudas y la asignación equitativa de los recursos públicos. En particular, enfatiza el desarrollo y la

⁵⁶ Navarro, “What We Mean by Social Determinants of Health.”

⁵⁷ WHO, *Introducing WHO*, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1976, 80–81; see also Halfdan Mahler, “A Social Revolution in Public Health,” *WHO Chronicle*, 30, no. 12, 1976, 475–480.

⁵⁸ Anne-Emanuelle Birn, “The Stages of International (Global) Health: Histories of Success or Successes of History?” *Global Public Health*, 4, no. 1, 2009, 50–68.

⁵⁹ Birn, Pillay y Holtz, *Textbook of International Health*.

expansión de estados de bienestar (aunque evita el uso del término), que provean servicios proteccionistas integrales y universales a sus poblaciones a lo largo del curso de la vida.

Si la OMS es capaz de apoyar con su influencia esas recomendaciones, puede ser que tenga una oportunidad real para ayudar en la reducción de la inequidad sanitaria. Como ha sido previamente enfatizado, para hacer posible la adopción de tales medidas, los gobiernos necesitan el respaldo de movimientos de justicia social, de sindicatos, de partidos políticos y de otros actores. Estas fuerzas tienen que luchar a nivel mundial para asegurar que las transnacionales y otros actores privados estén fuertemente regulados para que no sean capaces de bloquear estas reformas (así como también las instituciones financieras y de comercio).⁶⁰ Esto no es una hazaña sencilla, pero a través de la combinación de luchas políticas coordinadas y persistentes (incluyendo al activismo en las calles, a la abogacía a lo largo de organizaciones y continentes y a la política electoral formal) es potencialmente realizable.

Historia, política y estados de bienestar

El *SDG* justifica el poner al estado de bienestar en el centro del proyecto de los determinantes sociales de la salud desde la “experiencia histórica”⁶¹ de varias sociedades protectoras y redistributivas. Sin embargo, el informe desinfecta al pasado, la sección titulada “Construir Partiendo de Bases Sólidas” presenta una serie de principios y metas descontextualizados y despolitizados, basados en el modelo nórdico. El *SDG* hace nota cómo: “Algunos países de bajos ingresos (Costa Rica, la China, la India -estado de Kerala- y Sri Lanka) lograron una buena situación sanitaria fuera de toda expectativa, teniendo en cuenta la magnitud de su producto interno bruto. Cuba es otro ejemplo”.⁶²

⁶⁰ Ronald Labonté, Ted Schrecker, Vivien Runnels y Corinne Packer, eds., *Globalization and Health: Pathways, Evidence and Policy*, New York: Routledge, 2009.

⁶¹ CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 33.

⁶² CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 34. Para un análisis cuidadoso de este aspecto, ver James C. Riley, *Low Income, Social Growth, and Good Health: A*

Si bien se trata el punto importante de que “Estos datos permiten suponer con relativa certidumbre que la equidad sanitaria y el buen estado de salud no dependen de que el país sea rico”,⁶³ el informe nunca dice *cómo* es que estas sociedades han alcanzado sus éxitos en salud; las lecciones que han de ser aprendidas son resumidas en “cinco factores políticos que les son comunes”.⁶⁴

- un compromiso histórico con la salud como meta social
- las iniciativas de desarrollo orientadas al bienestar social
- la participación de la comunidad en los procesos de toma de decisiones relacionadas con la cuestión sanitaria
- la cobertura universal de los servicios sanitarios para todos los grupos sociales
- los vínculos intersectoriales destinados a mejorar la situación sanitaria

No obstante, no se mencionan las luchas políticas ni cómo estos principios surgieron y fueron implementados. Es claro que no se puede creer que los estados de bienestar se han materializado de los valores y las acciones *deus ex machina* de los hacedores de políticas o de los mandamientos de los líderes ilustrados. El universalismo no es simplemente un eslogan: dependiendo de dónde y cuándo, son resultado de la revolución, la guerra civil, el activismo callejero, los grandes sacrificios personales y muchos años de compromiso y alianzas en contra de obstáculos enormes, que son los que han hecho posible estas políticas y cambios sociales.

En cada uno de las sociedades citadas se ha necesitado una larga lucha política, ya sea por medio de una revolución (en el caso de Cuba); participación y activismo sindical extremadamente altos (entre el 70 y el 95% de la fuerza laboral activa, a su vez resultado de la lucha política), combinados con la elección de partidos políticos con valores socio democráticos (en los países nórdicos); una lucha larga y constante de los

History of Twelve Countries, Berkeley: University of California Press, 2007.

⁶³ CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 34.

⁶⁴ Irwin y Scali, *Action on the Social Determinants of Health* citado en CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 34.

partidos políticos de izquierda para ser electos y reelectos (en Kerala); o movimientos populares y laborales a favor de protección social y un fin al gasto militar, después de una guerra civil brutal y de rechazo de intereses imperialistas (Costa Rica). Es claro que cada una de estas historias es mucho más complicada⁶⁵ y que ninguna de estas sociedades ha eliminado la inequidad del todo. Sin embargo, todas comparten la experiencia de la lucha política concertada para redistribuir el poder, el dinero y los recursos de manera más equitativa en toda la sociedad.

Esta presentación de factores compartidos tampoco ayuda a explicar el contexto político de las inequidades sociales en salud en países con estados del bienestar en los tiempos más recientes.⁶⁶ Por ejemplo: ¿Por qué el estado de bienestar sueco protege la salud de su población contra la pobreza de manera más que efectiva que el británico?⁶⁷ y ¿Por qué las iniciativas de atención primaria de la salud han mejorado la equidad en algunos países (p. ej. Cuba) pero en otros no (p. ej., China)?⁶⁸

⁶⁵ Por ejemplo, las políticas eugenésicas estuvieron íntimamente vinculadas a la construcción del estado de bienestar escandinavo. Dinamarca aprobó la primer ley de esterilización en Europa (1929). Ver: Gunnar Broberg y Nils Roll-Hansen, eds., *Eugenics and the Welfare State: Sterilization Policy in Norway, Sweden, Denmark, and Finland*, Lansing: Michigan State University Press, 1997.

⁶⁶ Vicente Navarro y Leiyu Shi, "The Political Context of Social Inequalities and Health," *Social Science and Medicine*, 52, no. 3, 2001, 481–91; Vicente Navarro, ed., *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, Amityville, NY: Baywood Publishing Company, Inc, 2002.

⁶⁷ Chris Jones, Bo Burström, Anneli Marttila, Krysia Canvin, Margaret Whitehead, "Studying Social Policy and Resilience in Families Facing Adversity in Different Welfare State Contexts: Britain and Sweden," *International Journal of Health Services*, 36, no. 3, 2006, 425–42.

⁶⁸ Linda Whiteford y Laurence Branch, *Primary Health Care in Cuba: The Other Revolution*, Lanham, MD: Rowman and Littlefield, 2008; David Blumenthal y William Hsiao, "Privatization and its Discontents—The Evolving Chinese Health Care System," *New England Journal of Medicine*, 353, no. 11, 2005, 1165–70.

Por cierto, el texto *SDG* no discute los detalles o la gama de estados de bienestar existentes. Esping-Andersen ha diferenciado a los regímenes de bienestar: liberal, conservador y socio-democrático; otras tipologías se centran en el papel de los partidos políticos y de los movimientos sociales, las variedades del capitalismo (si las economías de mercado son coordinadas o liberales) o si y cómo es que las políticas proteccionistas derivan del empleo o de la residencia/ciudadanía particulares (como el apoyo a las familias y la seguridad de ingresos).⁶⁹ Tal vez consideraciones de espacio impidieron esta discusión en *SDG*; aquí se destacan sólo algunas cuestiones clave.

Primero, el muy citado modelo democrático nórdico reconoce (aunque *SDG* no) que el mercado produce inherentemente inequidad, y presta atención únicamente a ganancias inmediatas y no a las consecuencias sociales de largo plazo. Es por esto que los estados de bienestar nórdicos (y otras variantes de democracia social) priorizan las políticas sociales para sus ciudadanos y residentes (en oposición a las sociedades que apoyan a los grandes negocios⁷⁰) y la regulación gubernamental del sector privado. En otras palabras, el estado de bienestar socio-democrático es considerado central en el funcionamiento de la sociedad. Existe un debate importante acerca de si los países nórdicos prosperan y son sustentables o van en declive, pero hay evidencia significativa que muestra que los estados de bienestar fuertes pueden promover el crecimiento económico al mismo tiempo que mantienen una distribución equitativa.⁷¹

⁶⁹ Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990; T.A. Eikemo y C. Bambra, "The Welfare State: A Glossary for Public Health," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, no. 1, 2008, 3–6.

⁷⁰ Por ejemplo, en la reciente crisis financiera, Suecia (aún bajo un gobierno centro-derecha) ha fortalecido las políticas de desempleo y permitido que la compañía automovilística *Saab* sucumba a las fuerzas del mercado, mientras que los gobiernos norteamericanos están proveyendo mucho más apoyo a las compañías débiles, que a los ciudadanos afectados.

⁷¹ Mikael Nygård, 2006, "Welfare-Ideological Change in Scandinavia: A Comparative Analysis of Partisan

Segundo, la relación entre los estados de bienestar y la salud es compleja⁷² y puede desarrollarse a lo largo de muchos años. Cuando son evaluados de acuerdo al impacto de políticas sociales particulares, los estados de bienestar fuertes son asociados con resultados en salud positivos.⁷³ Si esto se debe a la política o a las políticas, es un tema en debate.⁷⁴ Además, se ha prestado poca atención a los efectos a largo plazo *tanto* de las políticas estatales de bienestar *como* de la política. Puede ser que el mismo activismo político que construye a los estados de bienestar tenga otros resultados positivos, como el involucramiento político en otras esferas que afectan la salud y las características positivas de salud encarnadas⁷⁵ de la participación política genuina.

Un tercer aspecto no mencionado por el *SDG* al citar a los países nórdicos como ejemplares, es la extensión con la que siguen luchando para reducir las inequidades. Por ejemplo, el estado de

Welfare State Positions in Four Nordic Countries, 1970-2003,” *Scandinavian Political Studies*, 29, no. 4, 356–85.

⁷² Jason Beckfield y Nancy Krieger, “Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities—Evidence, Gaps, and a Research Agenda,” *Epidemiologic Reviews*, May 27, 2009 [publicación en internet previa].

⁷³ Olle Lundberg, Monica Åberg Yngwe, Maria Kölegård Stjärne, Jon Ivar Elstad, Tommy Ferrarini, Olli Kangas, Thor Norström, Joakim Palme y Johan Fritzell, para el *NEWS Nordic Expert Group*, “The Role of Welfare State Principles and Generosity in Social Policy Programmes for Public Health: An International Comparative Study,” *The Lancet*, 372, no. 9650, 2008, 1633–40; Haejoo Chung y Carles Muntaner, “Welfare State Matters: A Typological Multilevel Analysis of Wealthy Countries,” *Health Policy*, 80, no. 2, 2007, 328–39.

⁷⁴ Olle Lundberg, Commentary: Politics and Public Health—Some Conceptual Considerations Concerning Welfare State Characteristics and Public Health Outcomes,” *International Journal of Epidemiology*, 2008; 37: 1105 - 1108; Carles Muntaner, Carme Borrell, Albert Espelt, Maica Rodríguez-Sanz, M. Isabel Pasarín, Joan Benach y Vicente Navarro, “Politics or policies vs politics and policies: a comment on Lundberg,” *International Journal of Epidemiology* Advance Access publicado el 2 de junio 2009.

⁷⁵ Nancy Krieger, “Embodiment: A Conceptual Glossary for Epidemiology,” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, no. 5, 2005, 350–55.

bienestar de Suecia ha trabajado explícitamente pendientes socioeconómicos, discriminación y condiciones de vida, así como participación ciudadana significativa y equitativa en todos los niveles de la vida pública.⁷⁶ A pesar de haber alcanzado uno de los niveles más bajos de inequidades sanitarias en el mundo, Suecia sigue atendiendo las diferencias persistentes.⁷⁷ La creación de equidad sanitaria es un esfuerzo continuo, incluso (o especialmente) para aquellas sociedades que han logrado los niveles más altos de desarrollo.

En aquellos países con menos flexibilidad para regular el mercado, donde hay mayor influencia de los inversionistas extranjeros, donde las inequidades inherentes del mercado no son atendidas por los regímenes políticos o por la política social, y donde hay mayores extremos de pobreza e inequidad, es decir, donde hay obstáculos más grandes, tanto internos como externos, para la democratización del poder, la construcción de estados de bienestar es un reto todavía más grande.⁷⁸ Algunos países en vías de desarrollo tienen estados disminuidos, en donde el involucramiento del gobierno en la extensión de la protección social a lo largo del curso de vida sigue siendo una ilusión. En contextos donde hay altos niveles de explotación, corrupción, opresión y violencia, la formación de estados proteccionistas de bienestar está severamente impedida.

Tal como lo ilustran los ejemplos de *SDG*, esto no quiere decir que un PIB alto *per capita* sea una condición previa para un estado de bienestar. Sin embargo, los estados de bienestar del Sur global (tal como los precoces, aunque excluyentes, estados de bienestar característicos de muchos

⁷⁶ Signild Vallgarda, “Health Inequalities: Political Problematisations in Denmark and Sweden,” *Critical Public Health*, 17, no. 1, 2007, 45–56.

⁷⁷ Government of Sweden, *The National Public Health Strategy for Sweden in Brief*, Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2007, p. 1.

⁷⁸ Nita Rudra, *Globalization and the Race to the Bottom in Developing Countries: Who Really Gets Hurt?*, Cambridge and New York: Cambridge University Press, 2008; Stephen Haggard y Robert R. Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 2008.

países latinoamericanos) son especialmente vulnerables a las crisis económicas y a las exigencias de la economía global.⁷⁹

En los últimos años, este dilema ha ocasionado que los hacedores de políticas mundiales se centren en programas focalizados de alivio de la pobreza, en lugar de enfatizar políticas sociales universales. Ciertamente, los programas focalizados podrían ser vistos en varios contextos como “eficientes” porque son menos objetables a los intereses monetarios y potencialmente más fáciles de monitorear y evaluar, que los programas más integrales. Pero, aunque los programas focalizados “salgan mejor”, siempre serán más pobres en términos relativos y las necesidades de los “casi pobres” seguirán sin ser atendidas. Además, los propios estudios del Banco Mundial muestran que los programas focalizados pocas veces alcanzan a los extremadamente pobres, marginándolos aún más.⁸⁰ Los programas focalizados son los primeros en ser eliminados en tiempos de dificultades económicas, precisamente porque carecen de la amplia circunscripción política de los programas universales.

El *SDG* reconoce que dichos programas focalizados deberían ser usados como respaldo y no como sustituto de políticas universales. Dicho esto, el subsanar las inequidades sociales *incluye* el alivio de la pobreza.⁸¹ El entrecruzamiento de programas universales y de esfuerzos focalizados adicionales para la atención de aquéllos que sufren el impacto más grande de las inequidades en salud, ayudaría a reducir los problemas anteriormente mencionados.

Es importante mencionar una cautela en lo que respecta a la expansión de los estados de bienestar: tal como *SDG* señala, al mismo tiempo

⁷⁹Juliana Martínez Franzoni. *Domesticar la incertidumbre en América Latina: mercado laboral, política social y familias*, San José, Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones Sociales, 2008.

⁸⁰ Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo Yazbeck, eds., *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't and Why*, Washington, DC: World Bank, 2005.

⁸¹ Nancy Krieger, “Why Epidemiologists Cannot Afford to Ignore Poverty,” *Epidemiology*, 18, no. 6, 2007, 658–63.

que los grupos de la sociedad civil son actores importantes en los procesos políticos democráticos (incluyendo el aseguramiento de la responsabilidad pública), es importante no confundir la participación de la sociedad civil con la provisión de servicios públicos por las ONGs. Las ONGs pueden ser más eficientes, flexibles, creativas y humanas que los proveedores gubernamentales y son una necesidad, deseablemente temporal, cuando los estados son corruptos, represivos, deficientes o ausentes. Sin embargo, como actores del sector privado, las ONGs “no son responsables, no son democráticas y, si existen porque las estructuras apropiadas y democráticamente determinadas del servicio público han sido destruidas, las ONGs pueden constituir un desarrollo peligroso”.⁸² También pueden fragmentar la entrega de servicios sociales, minar la toma democrática de decisiones, exacerbar la inequidad y drenar los recursos y el personal de los servicios públicos.⁸³

¿Dónde está la política en la voluntad política?

El optimismo de *SDG* acerca del logro de la protección social a lo largo del curso vida es palpable, sin embargo, sigue estando desesperadamente ligado al concepto de voluntad política. El informe advierte que:

Se trata de un trabajo a largo plazo que requiere inversiones desde ya, y que entraña grandes cambios en las políticas sociales, los programas económicos y la acción política. Las intervenciones han de centrarse en dotar de autonomía al individuo, a las comunidades y a los países que en la actualidad no gozan de la situación que les corresponde. Los conocimientos y los medios necesarios para que se produzca el cambio existen y están expuestos en el presente informe. Ahora lo que hace falta es que haya

⁸² Birn, Pillay y Holtz, *Textbook of International Health*, 111.

⁸³ James Pfeiffer, “International NGOs and Primary Health Care in Mozambique: The Need for a New Model of Collaboration,” *Social Science and Medicine*, 56, no. 4, 2003, 725–38.

*voluntad política para proceder a esos cambios, extraordinariamente difíciles, sin duda, pero viables. La inacción será juzgada en las décadas venideras como una negativa de consecuencias imprevisibles a asumir una responsabilidad que nos incumbe a todos.*⁸⁴

El término “voluntad política”, aunque suena razonable, es superficial, indefinido y, por último, sin sentido; lo que puede contribuir a su popularidad.⁸⁵ Puede referirse a las acciones descontextualizadas de líderes, legisladores o hacedores de políticas particulares, a los valores culturales de una sociedad o a un *fait accompli*.⁸⁶

En el mejor caso, la voluntad política es un eufemismo evasivo; en el peor, una ilusión. De modo problemático, en *SDG* se usa “voluntad política” once veces; “lucha política”, ni una. La “clase social” sólo se menciona en términos de recolección de datos. El informe tampoco se refiere al “capitalismo global”, aunque este apodo ya aceptado del orden político-económico actual, es quizá el determinante societal más importante de todos. A fin de cuentas, parece ser que el invocar a la voluntad política como “curalotodo”, supone que el informe va dirigido a un público de hacedores de políticas. Si Villermé emitió su enfoque a la burguesía para la resolución de

⁸⁴ CDSS, *Subsanar las desigualdades...*, 23.

⁸⁵ Michael Reich, “The Political Economy of Health Transitions in the Third World,” in *Health and Social Change in International Perspective*, eds. Lincoln C. Chen, Arthur Kleinman, and Norma C. Ware, Boston, MA: Harvard School of Public Health, 1994.

⁸⁶ Invocando voluntad política como elemento clave para el éxito en salud, ya se ha demostrado previamente que se trata de un camino cerrado. La Fundación Rockefeller comenzó ese esfuerzo a mediados de los años 80s con su estudio *Good Health at Low Cost* en Costa Rica, China, Kerala, y Sri Lanka. Cuando se hizo evidente que la voluntad política necesaria para lograr sociedades saludables derivaba de luchas políticas que le daban poder a los partidos políticos socialistas y social democráticos, la iniciativa fue abandonada; consultar a Scott B. Halstead, Julia A. Walsh, and Kenneth S. Warren (eds.), *Good Health at Low Cost. A Rockefeller Foundation Conference Report*, New York: The Rockefeller Foundation, 1985; Birn, “Gates’s Grandest Challenge.”

inequidades sanitarias (no hagan nada más que fomentar mayor desarrollo capitalista); Engels habló al proletariado (para promover la revolución) y Chadwick se dirigió a los legisladores y a los hombres de negocio “cultos” (para implementar medidas sanitarias tecnocráticas), las recomendaciones del *SDG*, que convocan a que unamos “todos nuestros hombros”⁸⁷ para crear la voluntad política necesaria, parece estar dirigida al público de Chadwick: a los hacedores de políticas, a los profesionales y al culto sector privado; si es así, efectivamente, se trata de un enfoque reduccionista.

¿Hay lugar para la esperanza?

No todo está perdido. En sus referencias poco elaboradas de los movimientos y de las organizaciones de justicia social, en sus discusiones más explícitas acerca del rol de la sociedad civil y su defensa de la distribución y de la protección social a lo largo del curso de vida, *SDG* deja la puerta abierta para el cambio transformativo. En un accidente propicio, *SDG* fue publicado casi simultáneamente con la bancarrota del sistema financiero mundial, ofreciendo de esa manera oportunidades amplias para los esfuerzos políticos concertados que apuntan a la reforma de la política económica nacional e internacional. Ya que la OMS reconoce que “casi todos los determinantes sociales de la salud caen fuera del control directo del sector salud”⁸⁸ es hora de que la OMS asuma el liderazgo de la expresión de la importancia de la lucha política para reducir las desigualdades sanitarias.

¿Por qué no apoyar explícitamente a los enfoques socio-democráticos y de justicia social que, a través de la lucha política, buscan reducir la inequidad en salud? Por lo menos, la OMS debería reorientar sus propios programas para que la mayoría de los recursos sean destinados a la reducción de la inequidad sanitaria a través de esfuerzos de justicia social. Podría abogar por que la ONU aumente el poder de su agencia menos reconocida, la Organización Internacional del

⁸⁷ Traducción de la versión en inglés de CDSS, *Closing the Gap*, 23.

⁸⁸ Chan, *Launch of the Final Report*.

Trabajo, para permitirle monitorear y mejorar las condiciones laborales en el mundo.

Al nivel de la sociedad civil global, la OMS podría respaldar una solidaridad laboral y un activismo renovados que, en una era previa de globalización (alrededor de 1900), acabó con el empleo infantil en muchos países, instituyó jornadas laborales más cortas y mejoró las condiciones en las fábricas (aunque excluyó a las poblaciones colonizadas, a las mujeres, a los inmigrantes y a las poblaciones raciales/étnicas minoritarias). Habiendo actualmente más de mil millones de trabajadores en el mundo desprotegidos por la legislación laboral, más de un millón de muertes ocupacionales y cerca de 250 millones de menores empleados,⁸⁹ tal movimiento internacional renovado es gravemente necesario. Un financiamiento fijo de la ONU dirigido a resolver esos problemas (exigido por la OMS) podría constituir un primer paso para realizar las recomendaciones de *SDG* relacionadas con un empleo justo y trabajo decente.

En términos de finanzas globales, el informe podría presionar la movilización política dentro de los países y a nivel transnacional, para crear un nuevo sistema igualitario de gobernanza global basado en términos justos de comercio y la distribución democrática del poder político y económico que es social y ambientalmente sustentable.⁹⁰

¿Quo vadis? La reforma como revolución

Hace más de 100 años, la revolucionaria y filósofa socialista Rosa Luxemburgo elaboró la pregunta de si la reforma (el cambio desde adentro) era útil o posible, o si impedía la revolución (el cambio desde afuera).⁹¹ Hoy, muchos ven a la dicotomía

⁸⁹ Birn, Pillay y Holtz, *Textbook of International Health*, Chapter 9.

⁹⁰ Benatar, Gill y Bakker, "Making Progress in Global Health."

⁹¹ Rosa Luxemburg, *Social Reform or Revolution*, www.marxists.org (accesado el 17 de marzo 2009). La propugnación de la segunda posición mencionada, que condujo a su participación en la revolución de Berlín, le costó la vida en 1919, al ser capturada por las autoridades alemanas y torturada a muerte.

reforma vs. revolución como falsa (o por lo menos exagerada). En cambio, vislumbran a las reformas redistributivas eficaces (especialmente la creación de estados de bienestar con derechos universales a la vivienda, al empleo, a barrios y medios ambientes seguros; a agua saludable, salarios dignos, educación y atención sanitaria universales y a la no-discriminación) como el andamiaje del cambio estructural. Para aquéllos que creen que la lucha armada es el único modo de construir sociedades basadas en la justicia social, las negociaciones de paz y los procesos electorales pueden parecer sumamente inadecuados.

Ciertamente, la movilización política pacífica como consecuencia de la lucha armada puede rendir resultados mixtos, como en Zimbabwe, donde después de un movimiento armado de liberación exitoso en los años 70s, los intentos tempranos de redistribución fueron seguidos por medidas cada vez más represivas; en Sudáfrica, donde décadas de activismo en contra del *apartheid* y la lucha armada, cedieron paso a la democracia en los años 90s con logros lentos en la reducción de la inequidad; o en El Salvador, donde la lucha armada fue desmovilizada a principios de los años 90s bajo negociaciones de paz, pero después tomó casi dos décadas de lucha electoral para que el partido Farabundo Martí para la Liberación Nacional (orientado hacia la justicia social), resultara electo en el 2009.

El hacer la revolución a través de una reforma redistributiva es una tarea extremadamente ardua en países plagados por guerras civiles o regionales, la mayoría de las cuales está estimulada o exacerbada por la inequidad y el conflicto por el control y la distribución de los recursos, como la tierra, los minerales, el petróleo, etc., este es el caso de Colombia y la República Democrática del Congo. Es asimismo difícil con hay regímenes represivos, como en Myanmar o en Sudán; dónde los niveles de corrupción son muy altos, como en Nigeria y en la Federación Rusa; o dónde el poder de la empresa privada está firmemente afianzada, como en los Estados Unidos y en Sudáfrica.

No obstante, como muestran los ejemplos de Corea del Sur, Brasil y Sri Lanka, incluso los países marcados por una gran violencia,

corrupción o represión pueden superar este legado para construir estados de bienestar efectivos,⁹² por lo tanto, en este sentido, la reforma como revolución puede ser posible. Los peligros de la contra-reacción también parecen estar disminuyendo, aunque dependan de si los Estados Unidos continúan usando la fuerza político-militar para apuntalar su “posición global en erosión” y crear desorden mundial.⁹³

Ciertamente, hay aumento en el número de países que están pasando por procesos de reforma como revolución (con Latinoamérica a la vanguardia).

Esta vía amerita más que sólo una referencia casual: el aumento de partidos políticos orientados hacia la justicia social que han sido electos a nivel nacional y local en Ecuador, Paraguay, Uruguay, Venezuela, Brasil, Bolivia y El Salvador brinda la

mejor oportunidad contemporánea para poder realmente “subsana las desigualdades en una generación”. ¿Cómo podrá ocurrir esto? Con el espíritu de la ambiciosa mirada del pasado desde la posición de ventaja del 2040 en el *SDG*. Tomando en cuenta las posibilidades abiertas por esta crítica, propongo una tabla de hitos alternativos (Cuadro 2).

Como Mordcha, el posadero de *El Violinista en el tejado*, irónicamente dijo: “... si los ricos pudieran contratar a otros para que murieran en su lugar, nosotros, los pobres, ganaríamos bien la vida”. El reconocimiento de que la lucha política es central para la realización de los objetivos de justicia social que propone *Subsana las desigualdades...* nos ayudaría a evitar la trayectoria paradójica a la que se refiere Mordcha.

⁹² Ito Peng y Joseph Wong, “Institutions and Institutional Purpose: Continuity and Change in East Asian Social Policy,” *Politics & Society*, 36, no. 1, 2008, 61–88; Haggard and Kaufman, *Development, Democracy and Welfare States*; Paulo Eduardo M. Elias y Amelia Cohn, “Health Reform in Brazil: Lessons to Consider,” *American Journal of Public Health*, 93, no. 1, 2003, 44–48; Kirsty McNay, Regina Keith y Angela Penrose, *Bucking the Trend: How Sri Lanka has Achieved Good Health at Low Cost—Challenges and Policy Lessons for the 21st Century*, London: Save the Children, 2006; Carles Muntaner, René M. Guerra Salazar, Sergio Rueda, Francisco Armada, “Challenging the Neoliberal Trend: The Venezuelan Health Care Reform Alternative,” *Canadian Journal of Public Health*, 97, no. 6, 2006, 119–24.

⁹³ Eric Hobsbawm, *On Empire: America, War, and Global Supremacy*, New York: Pantheon Books, 2008, 90.

Cuadro 2
Hitos de la Comisión e hitos alternativos hacia la equidad en salud

Fecha	Hitos
2009	<p><i>Hito de la Comisión:</i> reunión de los miembros de la Comisión y los paladines de los determinantes sociales de la salud para promover el plan mundial encaminado a difundir y poner en ejecución las recomendaciones de la Comisión.</p> <p><i>Hito alternativo:</i> los comisionados deciden expandir sus rangos para que diez nuevas plazas sean destinadas a grupos mundiales de justicia social.</p>
2008–09	<p><i>Hito de la Comisión:</i> creación de la alianza mundial posterior a la Comisión que se encargue de llevar adelante el programa de acción sobre los determinantes sociales de la salud junto con la OMS.</p>
2010	<p><i>Hito alternativo:</i> después de que la recesión alcanzara proporciones de crisis (con tasas de desempleo mundiales arriba del 25% y protestas diarias en la mayoría de los países), el G20, la Unión Europea, el G8, el G77 y la administración de Barack Obama apelan a que la Comisión juegue un papel crítico en el plan internacional económico de justicia social.</p>
2008–09	<p><i>Hito de la Comisión:</i> cálculo de los costos económicos y sociales de poner en ejecución las recomendaciones de la Comisión y los costos que implican la ausencia de intervención.</p>
2009–10	<p><i>Hito alternativo:</i> los grupos de gobernanza mundial y las instituciones financieras internacionales principales acuerdan que cada decisión que tomen debe ser sometida a una evaluación del impacto de los determinantes societales de la salud.</p>
2009	<p><i>Hito de la Comisión:</i> resolución de la Asamblea Mundial de la Salud acerca de los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria.</p>
2010	<p><i>Hito alternativo:</i> resolución de la Asamblea Mundial de Salud acerca de los estados de bienestar: 193 países miembro y Taiwán, presionados por sindicatos, partidos social democráticos y movimientos sociales, acuerdan establecer o fortalecer estados sociales de bienestar con los estándares más equitativos de protección social (de acuerdo a la evidencia sólida y actualizada) y se comprometen a llevar a cabo una reforma continua del estado de bienestar hacia la equidad.</p>
2008–13	<p><i>Hito de la Comisión:</i> aumento progresivo de la financiación de las investigaciones dedicadas a los determinantes sociales de la salud, sobre todo en los ámbitos destacados por la Comisión.</p> <p><i>Hito alternativo:</i> como resultado de la presión ejercida por los investigadores progresistas y los movimientos de justicia social, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional reorientan completamente su misión y llevan a cabo una evaluación del impacto de los determinantes sociales en salud sobre la equidad sanitaria para cada préstamo, política o consultoría.</p>
2008–13	<p><i>Hito de la Comisión:</i> un mayor número de países habrán adoptado el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud para lograr la equidad sanitaria, y habrán elaborado y puesto en ejecución políticas para mejorar los determinantes sociales de la salud, de modo que, antes del 2013, al menos el 50% de todos los países de ingresos bajos, medianos y altos se habrán comprometido a llevar adelante un plan de acción para reducir las desigualdades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud y proporcionen pruebas de la ejecución de dicho plan.</p> <p><i>Hito alternativo:</i> cada vez más países adoptan estados de bienestar, para el 2013, 170 países cuentan con educación universal gratuita del nivel preescolar al universitario; 150 países tienen políticas de salarios mínimos familiares ejecutables; 90 países han reducido sus emisiones de gas con efecto invernadero a los niveles de 1932; todos</p>

	los países aseguran que cada miembro de la población vive a una distancia menor de siete minutos a pie de un área verde; 165 países tienen sistemas de protección social universales para el curso de vida entero (seguridad social, prestaciones familiares y de desempleo, salario mínimo, baja materna y paterna, seguridad laboral y protecciones de salud laborales y asistencia sanitaria universal). Todos los países tienen políticas de equidad de género.
2010	<p><i>Hito de la Comisión:</i> el Consejo Económico y Social, con el apoyo de la OMS, habrá preparado, para que lo examinen las Naciones Unidas, un proyecto que proponga la adopción de la equidad sanitaria como objetivo básico del desarrollo mundial e indicadores acordes para supervisar el progreso en este sentido dentro de cada país y entre los distintos países.</p> <p><i>Hito alternativo:</i> la ONU es renombrada Organización de las Naciones Unidas para la Equidad y la Protección Social.</p>
2015	<p><i>Hito de la Comisión:</i> Fecha fijada para alcanzar los ODM; examen de los progresos desde la perspectiva de equidad sanitaria: segundo informe quinquenal sobre la equidad sanitaria mundial y Foro Mundial.</p> <p><i>Hito alternativo:</i> un Nuevo Orden Económico Internacional Sustentable y Equitativo puesto en marcha.</p>
2020–2040	<p><i>Hito de la Comisión:</i> Exámenes quinquenales de los progresos conseguidos en cuanto a la reducción de las desigualdades sanitarias dentro de cada país y entre los distintos países.</p> <p><i>Hito alternativo:</i> estudiantes de posgrado del mundo entero estudian la historia de la implementación de <i>Subsanar las desigualdades en una generación....</i> Debido al efecto retrasado en el bienestar social, los equipos para el monitoreo de datos son mantenidos hasta el 2040, momento en el que proponen que en el metro de Londres el anuncio de “<i>Mind the gap</i>” (Cuidado con la brecha) sea retirado, porque ya no hay “<i>brecha</i>” existente.</p>

Fuente para los hitos de la Comisión: *Subsanar las desigualdades...* p. 198.



Medicina Social
Salud Para Todos