

Pobreza y salud

Ángel Gil de Miguel y Pedro Campuzano Cuadrado

Recibido 14.01.2014 - Aceptado 18.03.2014

Resumen / Résumé / Abstract

Las enfermedades no se distribuyen aleatoriamente entre la población, los condicionantes socioeconómicos influyen poderosamente en generar enfermedad. Existen importantes evidencias, recogidas de la epidemiología, la economía de la salud y las ciencias sociales, que demuestran cómo la pobreza o las crisis económicas generan desigualdades en salud, tanto a nivel individual como poblacional. Para eliminar las desigualdades en salud es imprescindible la iniciativa de las instituciones públicas y de las organizaciones de la sociedad civil, además de establecer un marco de cooperación entre todas ellas. Esta necesidad se hace más aún urgente en el contexto de crisis que vivimos, en el que la brecha económica entre clases se está acentuando mientras que las políticas del estado del bienestar se debilitan.

Les maladies ne sont pas distribuées aléatoirement parmi la population, les facteurs socio-économiques influencent fortement sa production. Il existe des preuves solides, recueillies auprès de l'épidémiologie, l'économie de la santé et des sciences sociales, qui montrent que la pauvreté ou les crises économiques génèrent des inégalités en santé, tant au niveau individuel que général. Pour éliminer les inégalités en matière de santé, l'initiative des institutions publiques et des organisations de la société civile est indispensable : il faut aussi définir un cadre de coopération entre elles. Ce besoin est d'autant plus urgent dans le contexte de crise dans lequel nous vivons, puisque l'écart économique entre les classes sociales se creuse pendant que les politiques de l'État-providence sont affaiblies.

Diseases are not randomly disseminated through the population, since socioeconomic conditions have an enormous influence in the generation and spread of such diseases. There is important evidence in epidemiology, health economics and social sciences proving that poverty and economic crisis create imbalances in health, both individually and collectively. The actions of public institutions and civil organizations are essential to eliminate such health inequality, yet it is also necessary to establish a close cooperation between the forces and institutions involved. This is even more urgent nowadays given our current context of crisis, in which the economic gap between classes is quickly growing while the social welfare state is gradually disappearing.

Palabras clave / Mots-clé / Key Words

Epidemiología, economía de la salud, instituciones públicas

Épidémiologie, économie de la santé, institutions publiques.

Epidemiology, health economics, public institutions.

¿Por qué enfermamos? Todo sistema social elabora, de una u otra manera, modelos explicativos para contestar a esta pregunta. Dentro de la antropología social y cultural, la antropología de la salud describe las representaciones culturales que explican las causas y visiones de la enfermedad dentro de las estructuras sociales en las que surgen. En este sentido diversos autores utilizan la distinción entre los conceptos de *illness*, que hace referencia a la dimensión cultural de la enfermedad y *sickness*, que hace referencia a la dimensión social de la misma. En el contexto de la historia de la medicina occidental o biomedicina, también han surgido diferentes teorías explicativas –mítica, humoral, miasmática o microbiana–, que han ofrecido intentos de solventar esta cuestión.

La enfermedad y la muerte son procesos universales, probablemente las únicas experiencias que con certeza van a atravesar todos los seres humanos. El poeta palentino Jorge Manrique, en las famosas “Coplas a la muerte de su padre”, nos recuerda que la muerte nos iguala todos:

“...a papas y emperadores y prelados, así los trata la Muerte como a los pobres pastores de ganados.”

Pero ¿es cierto este aforismo? Las ciencias biomédicas en general y la medicina en particular, por la búsqueda de las causas que han llevado a enfermar a un paciente, tienden a padecer en ocasiones un enfoque demasiado centrado en el individuo. Las causas que explican la enfermedad son siempre complejas: factores genéticos, ambientales, sociales y estilos de vida actúan de forma sinérgica en generar salud y producir enfermedad. Sin embargo, quizás por ser enfoques más abarcables en el ámbito de la consulta o quizás influidos por una visión neoliberal, centrada en la responsabilidad individual, dos de estos factores han tenido gran éxito explicativo: la genética, que implica un claro determinismo acrítico con el orden social, y las basadas en estilos de vida, que tienden a responsabilizar en exceso, e incluso culpabilizar, de la salud a los individuos.

La enfermedad y la muerte, son procesos humanos universales, pero ni las enfermedades se distribuyen aleatoriamente entre la población, ni cuándo y de qué morimos va a tener ese carácter tan “democrático” de la muerte.

En este artículo se verá, a través de algunas de las aportaciones más relevantes de la epidemiología, la economía de la salud y las ciencias sociales, dar una visión general de cómo afectan las condiciones económicas a la salud de los individuos desde tres perspectivas diferentes: Desigualdades sociales en salud, empobrecimiento poblacional y desigualdades en salud entre países.

Desigualdades sociales en salud

Vamos a mostrar cómo afectan la pobreza, o en un sentido más general los condicionantes socioeconómicos, a la salud de los distintos miembros o grupos de una misma sociedad.

Existe una gran tendencia por parte de la población y de los profesionales sanitarios a tratar los problemas de salud desde una perspectiva individual, buscando las causas en factores de tipo genético o de estilos de vida. Probablemente esto sucede así, debido, por una parte, a que los contenidos de la formación académica de los sanitarios están centrados en gran medida en el diagnóstico y tratamiento de problemas individuales; por otro lado, muchas de las problemáticas que subyacen en estas desigualdades, como

la distribución de la riqueza o la salubridad de los barrios, quedan fuera de las competencias o capacidades de los sanitarios y estos se sienten más necesarios en el ámbito asistencial que es el que tienen más capacidad de acción. Pese a que desde la conferencia de Alma-Ata (WHO, 1978) y la carta de Ottawa (OPS, 1987) han surgido múltiples iniciativas para modificar esta tendencia mediante el impulso de la atención primaria y la promoción de salud. Aún continúa siendo un importante reto, con un gran camino por recorrer, trabajar más y mejor desde el enfoque comunitario.

Todavía es necesario hacer notar que las enfermedades no se distribuyen aleatoriamente entre la población sino que existen múltiples condicionantes socioeconómicos que generan enfermedad. De manera muy intuitiva podemos asumir que las personas que tienen grandes ingresos tienden a tener mejor salud que los colectivos en exclusión social, como por ejemplo las personas sin hogar. Sin embargo, es menos obvio para el público general, aunque exista gran evidencia acumulada, que esto no sucede únicamente entre estos dos extremos sino que según se desciende por el gradiente de la clase social también descienden los niveles de salud.

Estas diferencias de salud entre estratos sociales se denominan “Desigualdades sociales en salud”, en adelante DSS. Pueden definirse como “diferencias en salud injustas producidas socialmente y de forma sistemática en su distribución a través de la población” (Dahlgren, 2006). Este concepto es el contrapuesto a “Igualdad en salud”, definida como la “ausencia de diferencias en salud injustas, evitables o remediables entre grupos de población definidos social económica, geográfica o demográficamente” (WHO, 2007).

Estas definiciones son muy relevantes ya que establecen que sean evitables e injustas. Margaret Whitehead (2011) propone criterios para considerar como evitables las DSS: los ambientes insanos o peligrosos en el entorno vital o laboral, el desigual acceso a la salud o los estilos de vida de riesgo en ambientes que con pocas posibilidades de elección son siempre potencialmente evitables. Otra idea que se desprende de esta definición es la de injusticia y con ella la concepción de justicia que lleva implícita. Existen múltiples teorías de la justicia social, como se pregunta

Amartya Sen: Igualdad ¿de qué? (Sen, 1995). Es importante al investigar en este tema tener claro desde qué ideal de justicia se hace, porque, siguiendo a Ángel Puyol: “no es posible separar la investigación científica sobre los determinantes sociales de la salud de un propósito moral” (Puyol, 2012:179).

Esto, por tanto, añade un llamamiento ético a la cuestión que tiene que llevar a que la investigación no sea una mera acumulación de conocimiento sino que diseñe e impulse intervenciones para modificar una realidad injusta.

Apuntaremos algunas claves del proceso histórico. Siguiendo a Javier Segura, (2013:26-31) podemos resumir los antecedentes históricos y de los estudios clave en materia de DSS de acuerdo al siguiente esquema.

La primera referencia dentro de la medicina occidental que describe la influencia de los factores ambientales en la salud es de Hipócrates. Se supera así la concepción mágico-religiosa que trata la enfermedad como un castigo de la divinidad u otras fuerzas sobrenaturales.

Ya en los siglos XVIII y XIX, otros personajes clave en este proceso son Ramazzini, Villermé, Chadwick, Virchow y Engels, que estudian las condiciones de vida, la salud de los trabajadores y descubren las diferencias de mortalidad entre estos y otros grupos sociales. El surgimiento de la estadística –como ciencia del estado– y de los registros de mortalidad, hará posible generar este tipo de estudios y dar lugar a la epidemiología o medicina social.

La revolución bacteriológica que viene de la mano de Koch lleva a la pérdida de interés en las condiciones ambientales y se creará en la posibilidad de eliminar de forma permanente las enfermedades por medio de las técnicas adecuadas. Posteriormente, el aumento de la enfermedad crónica de tipo no infeccioso desafió el modelo bacteriológico al no existir un agente causal aislable. La epidemiología del momento presentó un nuevo modelo explicativo de la enfermedad, llamado de “caja negra” o de multicausalidad, donde las enfermedades crónicas se deben a la exposición a múltiples factores de riesgo de tipo ambiental, socioeconómico o fisiológico con un enfoque claro en el riesgo individual.

Por último y más recientemente, disciplinas como la epidemiología, la salud pública y la medicina comunitaria han mantenido la preocupación por la perspectiva social de la salud y la enfermedad.

Respecto a las investigaciones clave en la historia de las DSS, y aunque existen precursores clásicos que ya hemos nombrado –u otros como los estudios Whitehall–, el informe Black (Townsend, 1982) marca un hito en este ámbito. El gobierno laborista británico encarga en 1977 esta investigación que dirigirá Sir Douglas Black. Los resultados del informe Black revelan un claro gradiente de mortalidad entre distintas clases sociales según su ocupación laboral. Así mismo, esta investigación proporciona una serie de recomendaciones de políticas públicas al gobierno para “reducir la brecha” en estas desigualdades. Este informe fue mal recibido por el nuevo gobierno conservador de Thatcher que había ganado las elecciones durante la elaboración del mismo. Pese a que no fue difundido por el gobierno, se impulsó su publicación por parte de los autores y resultó todo un éxito de ventas entre el público general. A este trabajo le seguirían otros como el informe Acheson (1998), el informe Marmot (2010) o, en el contexto español, el informe Navarro-Benach (1996). En el ámbito nacional, la historia del estudio de las desigualdades sociales en salud encontró algunas dificultades particulares como la falta de libertades de la época franquista, una legislación restrictiva de secreto estadístico y la falta de apoyo a la investigación española (Regidor, 1994:51-53). Sin embargo, durante las últimas décadas han surgido publicaciones y autores de gran relevancia internacional.

Además de estas investigaciones, se han producido diversas iniciativas nacionales e internacionales con objetivo de reducir las desigualdades sociales en salud como “Salud para Todos en el año 2000”, la creación de la comisión de desigualdades sociales en salud, el proyecto EUROTHINE o el documento “Subsanar las desigualdades en una generación”. Resumiremos a continuación brevemente las características más relevantes que se destilan de estos hallazgos e intervenciones.

Uno de los problemas más relevantes a la hora de estudiar este ámbito ha sido el de clasificar las clases sociales. El concepto “clase social”, que está tomado de la sociología, está definido de forma diferente por las tradiciones

marxistas, que las clasifican según su relación con los medios de producción, y las weberianas, que conjugan para la estratificación las oportunidades en el mercado y el prestigio social.

La epidemiología ha tratado de estimar la clase social de los individuos con diversos indicadores. Cada uno tiene sus propias ventajas e inconvenientes. Basándose en los registros del British Registrar General de 1911 que dividía los trabajos en cinco categorías y cuya clasificación se exportó a múltiples países, los estudios clásicos establecen la clase ocupacional como medida de posición social, clasificación que aún continúa utilizándose. Otro indicador utilizado es el nivel educativo que puede ser predictor de empleabilidad, ingresos y clase social. Se utilizan también los niveles de renta, que aunque tiene un importante sesgo de no respuesta y tiene críticas a su utilización como estimador único (Coburn, 2004), tiene una clara importancia en las desigualdades en salud (Marmot, 2012). También se utilizan indicadores agregados, de grupos o zonas, en los estudios ecológicos. Pueden emplearse cuando no hay datos individuales disponibles. Estos son útiles porque puede observarse cómo afectan las diferencias socioeconómicas de zonas urbanas o regiones de un estado a la salud de su población. Así, por ejemplo, podemos ver cómo cambia la esperanza de vida de los habitantes de Londres dependiendo de la parada de Metro más cercana a su domicilio según un estudio de Cheshire (2012), u obtener una comparación de la mortalidad entre las diferentes ciudades españolas en relación a los indicadores socioeconómicos de éstas, según el proyecto MEDEA (Borrell, 2009).

Los tipos de resultados que se estudian son también variados. Posiblemente los más utilizados por su disponibilidad son los datos de mortalidad. También se utiliza el estado de salud autopercibida recogida a través de encuestas de salud. Aunque se trata de una medida subjetiva es un buen predictor de morbimortalidad (Benyamini, 2008). Además, se utilizan indicadores de salud mental así como algunos más específicos, como los niveles de colesterol, el índice de masa corporal u otros, según las hipótesis que estudien los investigadores.

Los resultados acumulados a lo largo de las investigaciones son muy amplios. Con el objetivo de resumir estos, se puede nombrar alguna de entre la serie de evidencias

en DSS que publicó la OMS para la divulgación de este tema en 2003 bajo el título “Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados” (Wilkinson, 2003). En este trabajo se explica que existe una pendiente social y que, cuanto más abajo se desciende por ésta, existe menor esperanza de vida y más prevalencia de la mayoría de las enfermedades. Cuanto más bajo es el estrato social, más se sienten los efectos del estrés, de la alimentación poco saludable, y la influencia del entorno de vida para adquirir hábitos tóxicos como el uso de alcohol, tabaco o drogas.

Las DSS también están presentes en el ámbito laboral: los empleos estresantes, y con menos control sobre los mismos por parte del individuo, generan morbimortalidad prematura; por otra parte, el desempleo también genera pérdida de autoestima y mayor riesgo de enfermedades y mortalidad.

Los primeros años de vida son especialmente críticos para el impacto de las DSS y por eso deben ser beneficiarios de especial atención. Igualmente, la exclusión social y la falta de redes de apoyo también tienen una demostrada capacidad de empeorar la salud de las poblaciones.

Se han desarrollado múltiples marcos conceptuales que tratan de mostrar esquemáticamente cómo es el proceso por el cual los determinantes sociales actúan en generar DSS. Aquí se muestra el esquema empleado por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. En este cuadro se plasman los tres bloques que determinan las desigualdades sociales en salud. En primer lugar, se muestra el contexto socioeconómico y político, que va a ser clave en la redistribución de los bienes y servicios en la población. En segundo lugar, aparecen los ejes de desigualdad que van a marcar la discriminación en el acceso al poder y a las oportunidades según estas categorías. Por último, los factores intermedios, que van a estar distribuidos según los dos anteriores bloques, y que van a determinar a su vez las DSS.

Como ya se ha señalado, la investigación en DSS sólo adquiere sentido como actividad transformadora de la realidad. Las intervenciones que se realicen en el campo de la mejora de la salud deben contemplar el enfoque de desigualdades sociales en salud para reducir éstas. Las iniciativas para aumentar la salud de la población en general sin

Figura 1: Marco conceptual de las desigualdades sociales en salud



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin (2007) y Navarro (2004)

este enfoque pueden empeorar mismas (Mechanic, 2002). A ese respecto, la OMS publicó en 2006 una propuesta de 10 principios guía en las políticas de disminución de las DSS (Whitehead, 2006). De forma sencilla, las intervenciones propuestas quedan recogidas en “Subsanar las desigualdades en una generación” (WHO, 2008), una iniciativa de la OMS para que los gobiernos, agencias internacionales y otros colectivos trabajen para acabar con las DSS en el plazo de una generación. Sus recomendaciones generales son, y cito textualmente:

- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos –es decir, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida– en el plano mundial, nacional y local.
- Definir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública acerca de los determinantes sociales de la salud.

Crisis y salud

Pese a que la temática de “Crisis y salud” será abordada más exhaustivamente en otro artículo de los que componen este monográfico, queremos hacer una panorámica general de cómo afecta a la salud el empobrecimiento poblacional que suponen las crisis económicas.

El equilibrio económico mundial adolece de crisis cíclicas que van a compartir algunos de los mecanismos para afectar a la salud de la población a través de los determinantes sociales que se veían anteriormente. De forma intuitiva, podemos suponer que a consecuencia de las crisis habrá más sectores de la población expuestos a la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral y la exclusión, que, según el tipo de políticas públicas, puede aumentar enormemente la desigualdad social. Por tanto, las DSS también tenderán a aumentar.

Paradójicamente, existen estudios que señalan que las crisis económicas pueden mejorar algunos aspectos de la salud de la población afectada. Estas afirmaciones se dieron por ejemplo durante la Gran Recesión en Estados Unidos durante los años 30, en los que la mortalidad general disminuyó (Tapia-Granados, 2009). Quizás el caso más paradigmático es el de Cuba durante el llamado “Special Period”, en el que disminuyeron sustancialmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la mortalidad general. Las crisis puede modificar ampliamente los estilos de vida de la población: en este caso la falta de combustible y el menor acceso a los alimentos que ocasionó el bloqueo comercial internacional provocó una clara reducción de la obesidad y que la población sustituyese los desplazamientos en coche por caminar o moverse en bicicleta (Franco, 2008). También disminuyeron los accidentes de tráfico, efecto que se aprecia así mismo en otras ocasiones como la Gran Recesión Americana (New York Times, 1932), o en la crisis española actual (El País, 2012). Aunque conlleva múltiples consecuencias negativas, una mayor tasa de desempleo puede tener cierta repercusión positiva al disponer de más tiempo para preparar comida elaborada y hacer ejercicio (Ruhm, 2000).

Sin embargo, la mayoría de los datos muestran serios perjuicios para la salud de la población causados por las crisis económicas. La tasa de suicidios aumenta durante los

periodos de crisis asociada al desempleo (Hawton, 2013). También se incrementan las patologías relacionadas con el consumo de alcohol y drogas como ocurre en Rusia (Leon, 2007) o Grecia (EKTEPN, 2010). Los suicidios y el mayor número de hábitos tóxicos están relacionados con el paro, los desahucios y la pérdida de poder adquisitivo o ayudas sociales. El desempleo provoca pérdida de autoestima, genera más carga de enfermedad mental y estimula, como “automedicación”, los hábitos tóxicos (Jin, 1995: 529-540). Los estudios también muestran cómo la capacidad para mantener una alimentación variada y completa decae durante las crisis (Dimova, 2011).

Los recortes de presupuesto en medidas preventivas y de salud pública pueden desencadenar la aparición de epidemias como ocurre actualmente en Grecia (Danis, 2011), donde se han producido epidemias de malaria –después de varias décadas de control de la enfermedad– y una gran propagación del VIH (Paraskevis, 2011), provocada por el aumento de usuarios de drogas intravenosas y fomentada por los recortes en las políticas de reducción de riesgos.

Un análisis más exhaustivo de las consecuencias de las crisis en la salud requeriría estudiar de forma diferencial los efectos a corto y largo plazo, así como descartar que estos efectos respondan a tendencias previas o a causas no relacionadas con la crisis económica.

Stucker y Basu (2013) proponen en su libro “La austeridad mata” que las consecuencias para la salud no están determinadas por la existencia de crisis económicas, sino por el tipo de políticas públicas con el que se enfrentan éstas. Las políticas de recorte afectan a las medidas de protección social y tienen un gran impacto en generar desigualdad y problemas para la salud sobre todo para los colectivos más vulnerables, siendo además poco efectivas para mejorar la situación económica. Estas políticas son las que se están aplicando actualmente a Portugal, Grecia, España y otros países. Por otra parte, las políticas de estímulo y que refuerzan la protección social, evitan en gran medida el impacto en salud de las crisis, generando menos desigualdad y resolviendo mejor la situación económica. Ejemplos de estos casos pueden ser el “New Deal” estadounidense de los años 30, la solución islandesa a la crisis bancaria o las políticas de estímulo del presidente Obama.

Desigualdades de salud entre países

A pesar de las desigualdades sociales en salud entre los diferentes estratos sociales de los países a nivel interno, también nos encontramos con grandes desigualdades en salud también entre los distintos estados. Más allá de las teorías de la industrialización o del desarrollo, autores como Wallerstein (1979) –en la teoría del Sistema-Mundo– u otros como Frank (1967) –en la teoría de la dependencia–, entienden que existen, desde el comienzo de la Edad Moderna, relaciones asimétricas de poder y desigualdades entre los distintos países del planeta.

El informe de la OMS (2013) sobre estadísticas sanitarias mundiales analiza cómo se están desarrollando los indicadores de salud de los objetivos del milenio para 2015. Aunque refleja una visión optimista señalando que se han logrado mejoras en diversos indicadores y que existen signos de convergencia entre los países más ricos y los más pobres, los datos reflejan las enormes desigualdades que existen. La mortalidad infantil en los países del cuartil inferior respecto al superior, es de 5 frente a 112 por cada 1000 nacidos vivos; mientras que respecto a la mortalidad materna las diferencias ascienden a 8 frente a 521 por 100.000 nacidos vivos. Los habitantes de los países de ingresos altos tienen 20 años más de esperanza de vida –60 frente a 80– que los de ingresos bajos. Estas enormes desigualdades se dan en todos los indicadores de salud.

Dichas diferencias en salud se relacionan con los niveles de riqueza a nivel nacional y las desigualdades de renta dentro del país (Hurrelmann, 2011: 3-13). Además, las diferentes tradiciones políticas –neoliberal, social-demócrata, etc.– también explican ciertas diferencias en salud al margen de los ingresos nacionales. (Ibid. Coburn, 2004) En los países de bajos ingresos la poca capacidad económica para desarrollar infraestructuras públicas así como la existencia de patrones epidemiológicos en los que predomina la patología de tipo infeccioso determinan las altas tasas mortalidad prematura.

Como conclusión, se puede afirmar que existe una gran relación entre pobreza y salud. Las diversas estructuras de reparto, tanto a nivel nacional e internacional, de riqueza y poder, mediante diversos condicionantes como la situación

laboral, el saneamiento ambiental o el acceso a la sanidad, generan de forma sistemática diferencias en salud entre la población. Se hace necesaria la voluntad de los gobiernos y la colaboración de las organizaciones y la sociedad civil para llevar a cabo las intervenciones necesarias para reducir estas desigualdades injustas. En el marco de la actual crisis económica, se acentúan los determinantes que ge-

neran pobreza y exclusión y que tienen un grave impacto sobre la salud de la población pero si se aplican fuertes políticas públicas de protección social puede aliviarse en gran medida este efecto. Por último, dado el carácter multifactorial de los determinantes sociales de la salud debe promoverse la investigación interdisciplinar para mejorar su análisis y diseñar intervenciones más efectivas.

Bibliografía:

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978), *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1987), Ottawa Charter for Health Promotion. *Bull Pan Am Health Organ*, 21(2), pp. 200-204
- DAHLGREN, G y WHITEHEAD, M (2006), *Levelling up (part 1): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization's "Equity Team" working definition (2005), *Health and Human Rights and Equity Working Group Draft Glossary*. Unpublished. En: SOLAR, O y IRWIN, A. (2007) *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health: 3
- WHITEHEAD, Margaret (1990), *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Copenhagen.
- SEN, Amartya (1995), *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza.
- PUYOL, Ángel (2012) Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*, 26(2), pp. 178-181
- SEGURA, Javier (2013), *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- TOWNSEND, P y DAVIDSON, N ed. (1990), *Inequalities in Health: the Black Report*. London: Penguin Books.
- ACHESON SR (Chairman) (1998), *Independent inquiry into inequalities in health. Report*. London: The Stationery Office, .
- MARMOT, M (2010), *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. London: Department of Health.
- NAVARRO, V y BENACH, J (1996), Desigualdades sociales de salud en España. *Revista Española de Salud Pública*, 70, pp. 505-636
- REGIDOR, E, GUTIÉRREZ-FISAC, JL y RODRÍGUEZ C (1994), *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos, pp. 51-53.
- COBURN, David (2004), Beyond the income inequality hypothesis. *Social Science & Medicine*, 58, pp. 41-56
- MICHAEL, Marmot (2002), The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist. *Health Affairs*, 21 (2), pp. 31-46
- CHESHIRE, J (2012), Lives on the Line: Mapping Life Expectancy Along the London Tube Network. *Environment and Planning A*, 44 (7), pp. 1525-1528
- BORRELL C, CANO-SERRAL G, MARTÍNEZ-BENEITO MA, MARÍ-DELL'OLMO M, RODRÍGUEZ-SANZ M y grupo MEDEA. (2009), *Atlas de Mortalidad en Ciudades de España (1996-2003)*. Terrassa: Dit i Fet.
- BENYAMINI, Y (2008), Self-ratings of health and longevity: A health psychologist's viewpoint on epidemiological findings. *Eur Health Psychol*, 10, pp. 10-13
- WILKINSON, RG y MARMOT, MG (2003), *Social determinants of health: the solid facts*. Geneva: World Health Organization.
- SOLAR, O y IRWIN, A. (2007) *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health: 3
- NAVARRO, V ed. (2004), *The political and social contexts of health*. Amityville: Baywood Publishing.
- MECHANIC, David (2002), Disadvantage, Inequality, And Social Policy, *Health Affairs*, 21 (2) pp. 48-59

- WHITEHEAD, M y DAHLGREN, G (2006), *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1): Studies on social and economic determinants of population health n° 2*, Denmark: World Health Organization.
- CSDH (2008), Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. En: *Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- TAPIA-GRANADOS, J y ROUX, AV (2009), Life and death during the Great Depression. *PNAS*; 106:17290e5
- FRANCO, M; ORDUÑEZ, P; CABALLERO, B; COOPER, RS (2008), Obesity reduction and its possible consequences: what can we learn from Cuba's special period? *Canadian Medical Association*, 8, pp. 1032-1034.
- NEW YORK TIMES. (1932), *Traffic Deaths Drop in 1932; First Decline in Auto History*. New York: New York Times.
- EL PAÍS (2012), *La crisis recorta muertos de tráfico*. 3 Noviembre.
- Ruhm, C (2000), Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*, 115, pp. 617-650.
- HAWTON, K y HAW, C (2013), Economic recession and suicide. *British Medical Journal*, 347.
- LEON, DA; SABUROVA L; TOMKINS, S; et al. (2007) Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*, 369, pp. 2001-2009.
- EKTEPN. (2010) *Annual report on the state of the drugs and alcohol problem*. Athens: Greek Documentation and Monitoring Centre for Drugs.
- JIN, RL; SHAH, CP y SVOBODA, TJ (1995), The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153, pp. 529-540
- DIMOVA, R; GANG, I; M. GBAKOU y HOFFMAN, D. (2011). "The impact of food and economic crises on diet and nutrition." *Brooks World Poverty Institute Working Paper* 175.
- DANIS K, BAKA A y LENGLET A et al. (2011), Autochthonous *Plasmodium vivax* malaria in Greece, 2011. *Euro Surveill*, 16, pp. 1-5.
- PARASKEVIS D, NIKOLOPOULOS G, TSIARA C, et al. (2011), HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Eurosurveillance*; 16: pp. 19962.
- STUCKLER, David y BASU, Sanjay, (2013), *The Body Economic; Why Austerity kills?*, London: Penguin.
- WALLERSTEIN, I. (1979) *The capitalist world economy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- FRANK, A. (1967) *Capitalism and underdevelopment in Latin America*, Nueva York: Monthly Review Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013), *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*, Geneva: World Health Organization.
- HURRELMANN, Klaus; RATHMANN, Katharina y RICHT, Matthias (2011), Health inequalities and welfare state regimes. A research note, *J Public Health* 19, pp. 3-13