

EDITORIAL**COMISIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES DE SALUD EN ESPAÑA**

Vicente Navarro López (1) y Joan Benach de Rovira (2).

(1) Presidente de la Comisión de Desigualdades Sociales de Salud en España.

(2) Vice-presidente de la Comisión de Desigualdades en Salud en España.

En 1977 el gobierno británico nombró una comisión de estudio de las desigualdades sociales en salud en Gran Bretaña, dirigida por Sir Douglas Black, cuyo informe final tuvo gran impacto tanto en Gran Bretaña como en el mundo occidental desarrollado. Era la primera vez que un gobierno occidental documentaba de una manera detallada la evolución de las desigualdades sociales en salud entre su población. Estimulados por el ejemplo de lo que ha pasado a llamarse el Black Report, otros gobiernos han nombrado comisiones semejantes que han estudiado y elaborado informes de la evolución de las desigualdades sociales en sus países, contribuyendo así al desarrollo de la convicción generalizada de que la reproducción, ampliación o disminución de las desigualdades sociales tienen un impacto muy importante en la salud de la población. Como respuesta a esta inquietud, la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud, ha señalado como un objetivo prioritario la disminución de las desigualdades sociales en salud entre y dentro de los países de la región europea.

En 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español nombró una Comisión Científica para estudiar las desigualdades sociales en salud en España, dándole la responsabilidad de documentar y analizar las desigualdades sociales en salud, invitándole a realizar recomendaciones de cómo mejorar la salud de los españoles a través de políticas públicas que disminuyan las desigualdades sociales en salud. El objetivo explícito de la Comisión era realizar un estudio semejante al que en su día realizó la Comisión Black en la Gran Bretaña.

Esta Comisión Científica de Estudio de las Desigualdades Sociales en salud ha sido patrocini-

nada por el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español, (y muy en particular por la Dirección General de Aseguramiento y Planificación, y por la Escuela Nacional de Sanidad del Ministerio) y por The School of Hygiene and Public Health de la The Johns Hopkins University de Estados Unidos, centro internacional reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los centros de estudios de salud pública en desigualdades adscrito a aquella institución. La Comisión contó a su vez con la colaboración de muchos centros e instituciones nacionales e internacionales, las cuales prestaron una ayuda inestimable a los trabajos de la Comisión.

Desde el principio, la Comisión tomó el Black Report como su punto de referencia intelectual más importante, intentando realizar un informe semejante aunque adaptado a la realidad española. De ahí que la Comisión siguiera una metodología y estructura de trabajo semejante a la Comisión que dirigió Douglas Black. La Comisión se constituyó con el establecimiento de cuatro subcomisiones que actuaron como grupos de trabajo abordando cada uno de ellos los distintos trabajos de la Comisión y produciendo la información científica que se presenta en el informe. Estos cuatro grupos de trabajo contaron a su vez con la colaboración de muchos otros investigadores expertos en las distintas dimensiones abordadas por el informe. Estos grupos de Trabajo y colaboradores incluyeron a profesionales bien conocidos nacional e internacionalmente, estudiosos de los temas tratados por la Comisión Científica. La introducción del informe menciona a los miembros de la comisión y sus grupos de trabajo, así como a los colaboradores de la Comisión.

El informe final sigue también una estructura semejante al informe Black, con un capítulo introductorio en el que se señala la importancia del estudio sobre las desigualdades, seguido de un capítulo conceptual, donde la Comisión define los conceptos utilizados en el informe y su dimensión operativa. En el tercer y cuarto capítulos se analizan los estudios realizados a nivel internacional (capítulo III) y en España (capítulo IV) sobre las desigualdades sociales en salud, como introducción a los estudios empíricos realizados que documentan las desigualdades sociales en salud y que son presentados en el capítulo quinto. Ese mismo capítulo incluye el primer estudio ecológico sobre desigualdades sociales en salud realizado en España a nivel de áreas geográficas pequeñas en la totalidad del territorio español, así como el primer estudio sobre desigualdades sociales en salud realizado en España comparando dos encuestas nacionales de salud (1987 y 1993) según su clase social ocupacional. El sexto y último capítulo del informe presenta ejemplos de cómo mejorar la salud de la población a través de políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales. La Comisión escogió, de una manera deliberada, dos ejemplos con distintos niveles de gobierno, en el ámbito autonómico (País Vasco) y el municipal (Barcelona), regidos por opciones políticas distintas pero que comparten una sensibilidad social semejante. La Comisión quiso mostrar que la reducción de las desigualdades sociales no puede y/o debe considerarse como patrimonio de opciones políticas concretas, sino que debiera ser una característica de todas las fuerzas políticas y sociales democráticas el considerar la disminución de las desigualdades sociales en salud como tema prioritario en el proyecto democrático español.

Cabe por último hacer dos últimas observaciones en esta presentación del informe de la Comisión sobre Desigualdades Sociales en España. La primera es que, aunque el informe ha sido claramente inspirado por el informe Black y su metodología y estructura de trabajo han sido semejantes, la Comisión ha modificado sustancialmente ambos aspectos, enriqueciendo la metodología y estructura del informe Black mediante la experiencia nacional e internacional acumulada desde que éste fue publicado. La otra observación es que, tanto el informe como los trabajos que lo enriquecieron, han sido un trabajo

auténticamente colectivo, realizado por los miembros de la Comisión científica citado en la introducción del informe. Ahora bien, el redactado final así como las conclusiones y recomendaciones son el trabajo exclusivo de la Presidencia de la Comisión, quien toma plena responsabilidad científica y pública de su contenido final. La única y exclusiva motivación de la comisión ha sido la de informar al pueblo español y a sus representantes y gobernantes tanto a nivel estatal como autonómico y municipal, de la situación de las desigualdades sociales de salud en España, con recomendaciones hechas por su Presidente de cómo mejorar la situación, optimizando la salud de nuestra población, con la cual nos sentimos emocional y científicamente comprometidos.

Quisiéramos, por último, agradecer al Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español, a la Dirección General de Aseguramiento y Planificación de dicho Ministerio (y muy en especial a Javier Elola y Francisco Sevilla que la dirigieron durante el período 1994-1996), a la Dirección de la Escuela Nacional de Sanidad del mismo Ministerio (y muy en particular a José Manuel Freire, José Ramón Repullo y José M^a Martín Moreno que la dirigieron durante el mismo período), a la Decanatura de la School of Hygiene and Public Health de la The Johns Hopkins University (y especialmente a su «senior dean» Dr. Alfred Sommer) por el estímulo y apoyo ofrecido a la Comisión. Las facilidades ofrecidas por estas personalidades y las instituciones que ellas representan, así como otras, han sido de enorme valía para el desarrollo del trabajo de la Comisión y sus grupos de trabajo. Es importante subrayar, sin embargo, que tanto los trabajos como el informe final de la Comisión han sido realizados independientemente de estas instituciones. En este aspecto la Comisión ha tenido plena autonomía e independencia en el transcurso de su trabajo, circunstancia que debe subrayarse en una labor científica de esta envergadura.

Terminamos con el deseo de que este informe contribuya a conocer mejor las desigualdades sociales de salud en España así como el desarrollo de políticas sanitarias que contribuyan a su reducción, y por lo tanto, a la mejora de la salud del pueblo español.