

## La salut en un món desigual: circumstàncies socials, biologia i malaltia (*Harveian Oration*, 2006)<sup>1</sup>

Michael Marmot

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: Marmot M. Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease. Clin Med. 2006;6:559-72.

Nota: Per qüestions d'espai no es reproduïx la bibliografia de l'article original, per consultar-la podeu clicar [aquí](#). Per la mateixa raó les taules i les figures no estan incloses en aquestes pàgines, però s'hi pot accedir clicant a l'enllaç corresponent a cada taula i figura.

És una tragèdia que en els països pobres es podrien evitar moltes morts. Així mateix, en els països rics, també és evitable la taxa de morts més alta en persones de posició social menys afavorida. Poden estar relacionats aquests dos fenòmens, les desigualtats de salut entre països i les desigualtats al seu interior? Certament, es podria defensar que els estralls de la pobresa extrema —manca d'aliments, habitatge, aigua potable i atenció mèdica o salut pública bàsiques—, que s'acarnissen amb les vides dels pobres en els països en desenvolupament, són d'una naturalesa diferent de la manera com el desavantatge social, per exemple en el Regne Unit actual, porta a la mala salut. És ben veritat que les malalties en els barris pobres de Nairobi són d'una mena diferent de les malalties que afecten les persones desafavorides a Londres est o a Harlem i tenen causes immediates que són diferents.

Però sí que hi ha una relació. La malaltia i el sofriment evitables de les persones en desavantatge, tant en països rics com pobres, són un resultat de la manera com organitzem els nostres afers en la societat. Defensaré que fallar en la satisfacció de les necessitats bàsiques d'autonomia, d'empoderament i de llibertat humana és una causa poderosa de mala salut. Per defensar aquesta posició aplegaré dos corrents d'estudi força dispars. El primer és un informe de la meua pròpia trajectòria de recerca. He buscat explicacions del gradient social en salut, com es va observar en els estudis de Whitehall, que destacaven la importància fonamental de les circumstàncies en què les persones viuen i treballen. Jo insisteixo en el control i en les oportunitats d'una participació social plena. El segon corrent es basa en el treball de dos economistes del desenvolupament, Amartya Sen i Nicholas Stern. Sen suggereix que hauríem de veure el desenvolupament com la llibertat de dur aquella vida que les persones tenen motius per creure valuosa. El concepte de Stern d'empoderament és proper a la llibertat de Sen. Stern defensa que, sense empoderament, el creixement econòmic no produirà millores en salut i educació ni tampoc un alleujament de la pobresa.

Tant en el cas del gradient social en salut dins dels països com en les diferències de salut entre països, canviar les condicions socials per assegurar que les persones siguin lliures de portar vides que tenen motius per creure valuoses portaria a una marcada reducció de les desigualtats en salut. En ambdós casos és crucial la participació activa dels individus i de les comunitats en les decisions que afecten les seves vides.

Centrar l'atenció en el paper fonamental de les llibertats humanes en la salut és l'afirmació d'un punt de vista filosòfic i una crida a l'acció social. També es basa en la síntesi d'un gran volum de recerca mèdica i social. William Harvey, que va fundar aquestes conferències, és famós per haver animat l'orador per tal que estimulés els membres del Col·legi a buscar els secrets de la natura mitjançant l'experimentació. Evidentment, per a un epidemiòleg, la mateixa natura aporta els experiments: immensos experiments. Per a l'epidemiòleg que us parla, la natura està associada amb la societat. Les societats organitzen els seus assumptes de diferents maneres i aquestes diferències són els grans experiments que donen a l'investigador l'oportunitat de buscar les causes de la salut i la malaltia. Jo establixo la connexió entre les condicions socials i les vies biològiques que, de manera plausible, semblen ser l'enllaç amb les malalties cardiovasculars i d'altres tipus. No obstant, no m'aturo en la biologia.

William Harvey va dir que aquesta celebració i conferència no havien de ser tan sols per estimular l'experiment científic sinó també per què els professionals s'honressin en mantenir l'afecte i l'amor mutu entre ells. Als observadors externs els pot semblar que els membres del *Royal College of Physicians* no tenen necessitat de més estímuls per dedicar-se afecte mutu. Em centraré en l'honor de la professió. La nostra professió no busca només entendre coses, sinó millorar-les. A alguns metges els repugna la perspectiva de l'acció social per millorar la salut. Els fa olor d'enginyeria social. I, no obstant, al davant d'un malalt que pateix, el metge té l'obligació de fer que les coses millorin. Si veu un centenar de malalts, l'obligació s'estén a tots cent. I si és la societat qui fa emmalaltir la gent? Tenim el deure de fer el que puguem per millorar la salut pública i reduir les des-

igualtats de salut entre grups socials quan aquestes siguin evitables i, per tant, no equitatives o injustes. És una obligació moral, una qüestió de justícia social.

A causa d'aquesta obligació moral, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va establir una Comissió sobre els Determinants Socials de la Salut, que presideixo i que pretén elaborar recomanacions polítiques basades en l'evidència sobre què es pot fer per reduir les desigualtats en salut i millorar la dels més desfavorits socialment. Ajuntant la recerca sobre el gradient social en salut dins dels països amb la de les desigualtats entre països, busco donar una justificació intel·lectual clara al treball de la Comissió.

Defensant que per tal de controlar la malaltia necessitem conèixer els seus mecanismes però també l'acció social i política, he reconegut que d'això hi ha antecedents. Si cal apel·lar a una autoritat, sembla que n'hi haurà prou amb la figura de Rudolf Virchow (1821-1902), les aportacions del qual a la biologia ja han aparegut en aquestes conferències.

### Una classe a postgraduats sobre la importància de l'entorn: l'estudi dels migrants

Els metges hem estat educats per tal que el malalt estigui al davant de tot. No obstant, buscar les causes individuals de malaltia no nega la importància de les causes ambientals. Els estudis de migrants mostren que, quan canvia l'entorn, canvien les taxes de malaltia.

Vaig aprendre aquesta lliçó per una col·laboració amb Leonard Syme i altres en un estudi amb homes d'ascendència japonesa que vivien al Japó, a Hawaii i a Califòrnia. Quan els homes japonesos emigren a través del Pacífic, la seva taxa de malaltia coronària augmenta i la d'ictus cau. Una part de la raó es troba a la dieta i el seu efecte en el colesterol plasmàtic. Però el meu estudi dels japonesos de Califòrnia, junt amb Len Syme, va mostrar una relació clara entre el grau d'aculturació i les taxes de malaltia coronària —a més americanització, més malaltia— que era independent del colesterol plasmàtic, la pressió arterial o el tabac. Tenim algunes dades a favor que l'aspecte particular de la cultura japonesa que els protegia era el grau en què els individus es mantenen dins els límits protectors del seu grup ètnic i així es beneficiaven de la cohesió social de la cultura japonesa.

Tornant al Regne Unit, vaig estudiar la salut dels migrants a Anglaterra i Gal·les. En general, els migrants mostren algun efecte persistent dels patrons de malaltia del seu país d'origen i un canvi clar envers els patrons del país hoste.

La norma general és que quan canvia l'entorn de les persones, les taxes de malaltia canvien. Semblava que alguns aspectes de les relacions socials eren crucials per a aquest canvi d'entorn. Això suggeria que la manera tant d'entendre les causes de malaltia com de canviar les seves taxes era posar atenció en l'entorn social.

Una cosa portava a l'altra. Prestar atenció a l'entorn social va conduir al cos de la recerca que resumeixo després i a col·laborar amb altres individus clau en la investigació científica sobre la relació entre societat i salut. Ara participo en el procés d'intentar canviar aquestes relacions a través de la Comissió sobre els Determinants Socials de la Salut.

## Desigualtats en salut dins les societats

### El gradient social en els països més rics...

El meu punt de partida és l'estudi de Whitehall en funcionaris públics britànics. La [Figura 1](#) mostra els resultats de la mortalitat als 25 anys de seguiment d'homes, de 40 a 69 anys a l'inici, segons l'edat en què van morir. El fenomen esglaonat que es va observar —el gradient social de la mortalitat— és el que representa un repte d'interpretació. Aquest gradient és una qüestió més àmplia que la de pobresa i salut. No té cap dificultat entendre que l'aigua bruta, la manca d'instal·lacions sanitàries i la nutrició i l'habitatge inadequats puguin causar les malalties de la pobresa. Però aquí érem a Whitehall, no a Kibera (la ciutat de barraques de Nairobi que allotja 500.000 persones). Aquí tenim aigua i banys nets, un excés de calories per menjar i un sostre protector dels elements. I, en canvi, entre aquests servidors públics, cap dels quals no és un indigent, els homes en el segon lloc de la part més alta de la jerarquia tenen una taxa de mort més gran que els de dalt de tot. Els homes en tercer lloc des de dalt tenen una taxa de mort més alta que els que estan en segon lloc. Jo he publicat sobre aquest gradient durant 28 anys i ha estat en el centre de la meua agenda de recerca. Per què, en homes que no són pobres en el sentit habitual del terme, el risc de mort ha d'estar íntimament relacionat amb la seva posició en la jerarquia social?

L'estudi Whitehall II, engegat 20 anys després del primer, va confirmar aquestes observacions en les dones. A més, el gradient de mortalitat també s'observà en la majoria de causes de mort importants. La majoria dels nostres intents d'explicació s'han centrat en les malalties cardiovasculars perquè la quantitat de recerca sobre les vies biològiques de la malaltia coronària és enorme. El gran interrogant és per què hi hauria d'haver un gradient social en tantes causes de mort diferents.

Aquest gradient no està limitat als funcionaris públics. Jo visc i treballo al barri londinenc de Camden. En 25 minuts vaig en bicicleta des de Somers Town, just al nord del University College, fins a Hampstead, una mica més al nord. La diferència de l'esperança de vida entre els homes que viuen en aquestes dues àrees és donze anys. Prenc els extrems de l'espectre —l'interval entre el màxim i el mínim— per il·lustrar la magnitud de la diferència, però cal tenir sempre present que el fenomen és un gradient: la població es distribueix al llarg de l'espectre entre una espe-

rança de vida de 70 anys per als homes de Somers Town i St Pancras fins als 81 a Hampstead.

A Glasgow aquesta diferència és encara més gran. La diferència d'esperança de vida entre les àrees més i menys empobrides era de 6,9 anys entre 1981 i 1985; 20 anys després, ha augmentat fins a 12 anys. A Washington DC i el seu entorn, la distància és més ampla encara: de 20 anys entre els negres pobres del centre de la ciutat i els blancs de bona posició de Montgomery County, Maryland, separats per un breu trajecte en metro.

Les diferències als Estats Units d'Amèrica (EUA) criden l'atenció cap a la necessitat d'aclarir què és el que ens sembla que hi ha al darrere del gradient social en salut. Fa molt temps que els americans observen la societat britànica, i la seva, i han vist que el sistema britànic de classes no s'ha traslladat bé. Per tant, els americans no registren les seves estadístiques vitals, com hem fet des de fa tant temps al Regne Unit, segons alguna mesura de classe social o grup socioeconòmic. Contrastant amb això, als EUA la tradició és registrar aquestes estadístiques segons raça. S'ha discutit molt si les diferències racials representen alguna cosa més que diferències socioeconòmiques. Aquestes diferències i l'entorn social més ampli, tant si ho expliquen tot com si no, són importants en la gènesi de les diferències racials.

Robert Erikson va utilitzar el cens suec lligat a la mortalitat i va observar que aquesta mostrava un destacat gradient social. Els homes que tenien el grau de doctor tenien taxes de mortalitat més baixes que els graduats que, al seu torn, tenien mortalitat més baixa que els batxillers, i així successivament. El gradient social de la mortalitat abastava de dalt a baix en la jerarquia social.

Els estudis de Whitehall i Suècia deixen clar que, per tal d'entendre les desigualtats en salut, hem d'anar més enllà d'un pensament binari: la pobresa és dolenta, la no-pobresa bona. La salut segueix un gradient social. El repte és comprendre per què la posició en la jerarquia social es relaciona amb la salut. Cal que anem més enllà de la desposseïó material, però reconèixer la importància del gradient no ens hauria de fer ignorar els que són a baix de tot. Hi ha exemples especialment espectaculars dels efectes de l'exclusió social que provenen de comparacions de la salut dels pobles indígenes de Canadà, Nova Zelanda i Austràlia amb la de la població total d'aquests països (Taula 1). En cada cas, la diferència entre el grup indígena i la població total és substancial. A Nova Zelanda aquestes dades s'han subdividit segons la posició socioeconòmica. En cada nivell social, els maoris tenen una mortalitat més alta que els neozelandesos d'origen europeu i teòricament del mateix nivell. També als EUA, els indis americans i els nadius d'Alaska tenen una menor esperança de vida que la població total.

### ... i en els països més pobres

En molts dels països més pobres s'observa un gradient social en salut. Lamentablement, a pocs països hi ha registres

de dades que permetin que les dades nacionals es desagreguin segons alguna mesura de la posició social. Això és especialment així pel que fa a la mortalitat dels adults. Els registres demogràfics i de salut donen dades de mort en nens petits i grans, que s'il·lustren a la Figura 2. A cada país, com més elevat és el quintil socioeconòmic de la llar, més baixa és la taxa de mortalitat infantil. És un gradient; no es tracta senzillament que els pobres tinguin una elevada mortalitat i que aquesta sigui més baixa en tota la resta.

Encara que les dades de mortalitat segons la posició social són escasses en els països en desenvolupament, les de Matlab a Bangladesh mostren clarament que un major nivell educatiu s'associa amb menor mortalitat adulta. Igualment, a Xile hi ha diferències marcades en la supervivència adulta segons el nivell educatiu. Als 20 anys, les dones amb 13 o més anys d'escolarització poden, com a mitjana, esperar viure fins als 72 anys, comparades amb uns 60 anys en les dones amb només 1-8 anys d'estudis.

En les economies de transició dels països d'Europa central i oriental i en l'antiga Unió Soviètica, el gradient social és clar. Per donar un exemple, a la Federació Russa varem utilitzar un mètode d'enquesta per reconstruir les dades de mortalitat dels homes segons el nivell educatiu. En una enquesta poblacional preguntàvem si els marits i germans eren vius i, si eren morts, quan varen morir. La Figura 3 mostra que els que tenien baix nivell educatiu tenien major mortalitat que els que tenien estudis universitaris; la distància s'ha fet més gran amb els anys des que ha anat augmentant el col·lapse de la Unió Soviètica.

### Desigualtats entre països

En la Taula 2 es mostra l'esperança de vida en alguns països, junt amb el producte interior brut (PIB) en paritat de poder adquisitiu (prenent el dòlar EUA de referent i el poder adquisitiu de cada país ajustat a aquest valor). L'amplitud del ventall d'esperança de vida és estremidora: des de 32,5 anys (ambdós sexes) a Swazilàndia fins a 82 al Japó.

La distància entre més sans i menys sans ha anat augmentant. A la Figura 4 hi ha molt per encoratjar-nos i molt per deprimir-nos. L'esperança de vida en els països de renda alta a l'OCDE (Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic) va pujar en 30 anys, entre 1945 i 1975, des de 71,6 anys a 78,8. Al sud d'Àsia aquesta millora va ser encara més impressionant. No obstant, en dues regions hi ha considerables motius de depressió. A la dècada de 1970, l'esperança de vida a Europa central i oriental i a la Unió Soviètica era de 69 anys, 2,6 anys per sota dels països de renda alta de l'OCDE. Trenta anys després havia davallat fins a 68,1, que aleshores era 10,7 anys per sota d'aquells països de l'OCDE. A l'altre extrem de l'esperança de vida hi ha l'Àfrica subsahariana, on l'esperança de vida global va augmentar 0,3 anys en una època en què als països més rics n'havia pujat 7,2. Aquesta manca d'augment emmascara re-

duccions dramàtiques en molts països africans: de 49 anys a menys de 33 a Swazilàndia; de 50 a 36 a Lesotho; de just per sota de 56 a just per sota de 37 a Zimbàbue.

Part d'aquest davallament és degut als terribles estralls del VIH/sida. Stephen Lewis clama amb angoixa que no podem considerar la sida a l'Àfrica sense tenir en compte la situació de les dones i la seva especial vulnerabilitat a la violació i a la violència sexual, el matrimoni obligat i prematur, la manca d'accés a l'educació, la manca de capacitat econòmica i d'aprenentatge, i la manca de drets a posseir o heretar terres o propietats. La meua afirmació al començament d'aquest article, és a dir, que les morts evitables de persones en països pobres té a veure amb la manera com organitzem els afers socials, no té millor il·lustració que l'associació entre la desigualtat de gènere i l'epidèmia de sida en diferents parts del món, especialment a Àfrica.

Igualment, no penso que puguem entendre la manca de millora, o fins i tot la reducció, en els països d'Europa central i oriental i l'antiga Unió Soviètica si no tenim en compte les oportunitats de les persones per portar una vida plena en el sentit en què jo utilitzo aquest terme: autonomia i participació social.

### Les desigualtats en salut no són inevitables

Abans de submergir-nos en la qüestió d'explicar-nos les desigualtats en salut i, per tant, què hi podem fer, val la pena deixar clar que no són inevitables. Començant per les desigualtats entre països, no hi ha res inevitable en les xifres de la [Figura 4](#). Les ràpides millores en estat de salut en alguns països i la manca de millora en altres suggereixen que els canvis en les condicions socials i ambientals, en salut pública i atenció mèdica bàsica, podrien fer molt per canviar les coses cap a millor.

Però, què passa amb el gradient de salut dintre dels països? No és inevitable? Les jerarquies socials són inevitables. Tant si som com si no som capaços d'imaginar una societat sense jerarquies, ens hauríem d'esforçar molt per trobar-la. Però si les jerarquies són inevitables, el gradient de salut que s'hi associa ho és menys. La simple observació posa de manifest que la magnitud de la diferència en salut entre la part de dalt i la de baix (com a mesura de la magnitud del gradient) varia dins d'una societat al llarg del temps i entre societats.

La [Figura 3](#) mostrava que la distància en l'esperança de vida entre les persones amb estudis universitaris i les d'educació escassa s'ampliava en els anys des del col·lapse de la Unió Soviètica. A Anglaterra i Gal·les, la distància en l'esperança de vida entre les classes socials més altes i més baixes va créixer de 5,5 a 9,5 anys en un espai de 20 anys (entre 1972-1976 i 1992-1996) i després es va escurçar lleugerament.

Igualment, podem veure diferències en la magnitud de la distància socioeconòmica entre països. La [Figura 5](#) mos-

tra que la distància en mortalitat entre homes amb professions manuals i no manuals varia entre nou països europeus. És remarcable que a Suècia aquesta distància està entre les més petites. En el mateix estudi es va veure que les diferències relatives variaven d'una manera diferent. Les diferències relatives depenen de la magnitud del denominador i també del numerador. A Suècia, la taxa de mortalitat en professions no manuals és baixa i la distància relativa és considerable. Però la diferència absoluta és ben petita; això és coherent amb el que es podria esperar si la política social-demòcrata sueca porta a desigualtats més petites en la societat.

Per tant, no hem d'acceptar que la magnitud present del gradient social en salut sigui fixa. Si pot canviar i podem comprendre el perquè, poden existir accions per reduir aquest gradient.

### Pobresa: falta de diners i més

M'he proposat l'objectiu d'intentar assolir una explicació unificadora de les desigualtats en salut que incorpori tant la salut desastrosament dolenta (esperança de vida per sota de 40 anys) d'alguns països extremadament pobres com el gradient social en salut que veiem tant en països rics com pobres. Sembla que tinc una tasca dura davant meu.

La pobresa està generalitzada: 2.500 milions de persones, el 40% de la població mundial, viu amb menys de 2 dòlars al dia. Que tinguin una salut dolenta no és difícil d'entendre. Les corbes de Preston mostren una relació clara entre la renda d'un país i l'esperança de vida ([Figura 6](#)). Els anomenats Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (*Millennium Development Goals*) representen un acord internacional per tal de reduir dràsticament aquesta onada de mala salut lligada a la misèria. L'altra troballa cridanera de la [Figura 6](#) és que la relació de la renda nacional amb l'esperança de vida és clarament ascendent fins arribar a una renda d'aproximadament 5.000 dòlars *per capita*. Per damunt d'aquest nivell hi ha poca relació entre la renda d'un país i l'esperança de vida. La [Taula 2](#) ho il·lustra. Si prenem els EUA com a exemple, veiem que és el país més ric (sense comptar Luxemburg) però, per a homes, té la mateixa esperança de vida que Costa Rica o Cuba. Rússia té un PIB força més alt que Sri Lanka, però una esperança de vida considerablement més baixa.

Les malalties que mantenen baixa l'esperança de vida russa no són les que habitualment associem amb la pobresa. L'excés de mortalitat prové de malalties no contagioses i morts violentes. La [Taula 1](#) mostra que els aborígens australians i els nadius de les illes de l'estret de Torres tenen una esperança de vida uns 17 anys més curta que la mitjana per als australians. Però les seves taxes de mortalitat infantil són relativament baixes, de 15 per 1.000 nascuts vius. L'excés de mortalitat dels indígenes australians és deguda a les altes taxes de malalties cardiovasculars, respiratòries, gastroin-

testinals, endocrines, nutricionals i metabòliques (la diabetis inclosa), les lesions i la violència.

Aquestes comparacions suggereixen que la “pobresa” en un país ric i la pobresa en un país pobre són fenòmens qualitativament diferents i que cal que s’analitzin, i que s’hi actuï, de maneres diferents. Fins a un cert punt.

### **Marc conceptual per explicar les desigualtats en salut dins de països i entre països**

Tant als països rics com als pobres, la pobresa és més que la manca de diners. El Banc Mundial, per al seu Informe sobre el Desenvolupament Mundial (*World Development Report*) de 2000-2001, va entrevistar 60.000 persones en 47 països; preguntava què significava per a ells l’alleujament de la pobresa. Les respostes varen ser: oportunitat, empoderament i seguretat. La dignitat va ser un concepte que s’esmentà sovint. Certament, hi ha prou raons perquè la dignitat sigui tinguda en compte per aquells de nosaltres que tenim a veure amb la societat i la salut. Un exercici semblant, a Europa, va trobar que les persones es consideraven pobres si no podien fer les coses que és raonable esperar en la societat: per exemple, ser hospitalari amb els amics dels fills, fer vacances fora de casa o comprar regals per a gent. En altres paraules, en països rics i pobres, pobresa vol dir no participar plenament en la societat i estar limitat per portar la vida que es considera valuosa.

Si es té present això es pot veure què és el que pot vincular un funcionari públic britànic de grau baix i un habitant dels barris miserables de Kibera. A primera vista, les diferències semblen més evidents que les similituds. El membre del grau més baix del servei públic té les condicions materials per a una bona salut. Si esdevé pare o mare, la probabilitat que la seva criatura mori abans de l’any és aproximadament de 6,5 per cada 1.000 nascuts vius. A l’habitant de Kibera li manquen aquestes condicions materials de la salut: la mortalitat dels lactants és probablement més propera a 200 per 1.000 nascuts vius. Però, tant al funcionari de grau baix com a l’habitant del barri miserable, els falta el control de les seves vides: els manca l’oportunitat de portar el tipus de vida que poden considerar valuosa. El contingut precís d’aquestes vides dependrà de qualsevol cosa que la societat d’aquell moment jutgi necessari (aquesta idea prové d’Adam Smith). El concepte unificador és que la capacitat de les persones de portar una vida que creguin valuosa està influïda per les condicions socials.

Aquesta concepció més àmplia de la pobresa ens permet abordar el gradient social en salut, i la relació entre pobresa i salut, dins del mateix marc conceptual. Les condicions socials determinaran el grau de limitació de la llibertat o de l’autonomia. A més limitació, pitjor salut. Les condicions materials i els serveis bàsics millors expliquen per què el funcionari britànic té millor salut que l’habitant del barri pobres de Kenya. Però, en tots dos casos la baixa posició

social representa manca d’oportunitat, d’empoderament i de seguretat.

Un segon fenomen, a més de veure el desavantatge social com a manca d’empoderament, torna més factible la cerca d’una explicació unificadora de les desigualtats en salut. A escala mundial, la major càrrega de malaltia són les malalties no contagioses, les lesions i les morts violentes. En els països pobres de l’Àfrica subsahariana, la càrrega de les malalties contagioses s’equipara amb la de les no contagioses i les lesions. Però en totes les altres regions del món predominen les malalties no contagioses. Una posició de partida raonable és que les causes de la malaltia coronària o de càncers específics seran les mateixes allà on es trobin. Les causes vàlides que s’han observat per als països rics, on s’investiga molt, seran probablement aplicables a les mateixes malalties en països més pobres, on es fa menys recerca.

Proveïts d’una millor comprensió de la pobresa i reconeixent que, cada cop més, hem d’explicar l’existència de la mateixa malaltia, ara podem considerar el marc explicatiu. Vull començar utilitzant l’economia del desenvolupament com una analogia de la reducció de les desigualtats en salut i després defensar que és més que una analogia.

Nicholas Stern, que va ser l’economista en cap del Banc Mundial, i els seus col·legues defensen enèrgicament que el desenvolupament de països pobres es basa en dos pilars: el creixement econòmic i l’empoderament. Els factors necessaris per al creixement econòmic, com per exemple un entorn favorable a les inversions, certament són importants. Però l’impacte del creixement sobre la pobresa, en totes les seves dimensions —la salut i la renda incloses—, serà molt més potent si va agafat de la mà amb l’empoderament de les persones i les comunitats. L’empoderament és tant un mitjà cap al desenvolupament social com un fi en si mateix, quan equival a portar la vida que es jutja valuosa.

L’analogia amb la salut és que podem entendre la seva millora en persones amb desavantatge com si reposés en dos pilars interconnectats: condicions materials de bona salut i control de les circumstàncies vitals o empoderament. En la primera categoria trobem el menjar, l’aigua, el sanejament i la provisió de serveis mèdics i de salut pública; en països més rics, entre aquestes hi haurà, junt amb altres coses, la disponibilitat de menjar saludable, oportunitats per a fer exercici i barris lliures de delinqüència. El segon pilar és l’empoderament. És important ressaltar que l’empoderament pot actuar a nivell individual o a nivell de la comunitat. Com descriure després, una manera en la qual l’empoderament pot actuar és que el control de les circumstàncies vitals redueix l’estrès crònic i té efectes biològics favorables. A nivell de la comunitat, l’empoderament també pot ser important com a mitjà per assegurar els recursos de salut. Per exemple, Simon Szreter ha defensat que, a l’Anglaterra del segle XIX, l’eficàcia col·lectiva de les comunitats va ajudar a assegurar un bon accés a la provisió d’aigua neta.

El model de desenvolupament integrat per dos pilars (creixement i empoderament) pot funcionar i ser més que una analogia. El desenvolupament, en el sentit d'alleujament de la pobresa, serà important per a la millora de la salut en països pobres. Aleshores, l'empoderament pot exercir un efecte important sobre la salut a través del seu efecte en l'alleujament de la pobresa i, també, per efectes més directes. Amartya Sen defensa que el creixement econòmic porta a una millora de la salut a condició que s'utilitzi per a la reducció de la pobresa i per a la despesa en béns públics. També posa de manifest un segon model de millora de la salut, que ell anomena el model conduït pel suport. Els exemples d'aquest model són en aquelles comunitats (Kerala, Costa Rica, Cuba, Sri Lanka) que han assolit una bona salut sense un creixement econòmic ràpid. La cohesió social, que podem entendre com un empoderament a nivell de la comunitat, sembla jugar-hi un paper clau.

Aquest marc conceptual explicatiu, aleshores, es pot aplicar al gradient social en les malalties no transmissibles. Aquestes són produïdes per la dieta, el tabac, la manca d'activitat física i l'excés d'alcohol, entre altres determinants. Però també hi és important la posició socioeconòmica, i no tan sols perquè la manca de diners es tradueix d'alguna manera en el risc de malalties no transmissibles. Per damunt d'un nivell en què la privació material ja no és la qüestió més important, la renda absoluta és menys important que la quantitat que té una persona en comparació amb les altres. La renda relativa és important perquè, com exposa Sen, es tradueix en capacitats. El que és important no és tant el que tu tens com allò que pots fer amb el que tu tens. D'aquí venen el control i la participació socials.

En els països rics, l'autonomia i la inclusió social poden influir en la malaltia pel seu efecte sobre conductes de salut, tals com la nutrició, el tabac i l'alcohol, o per vies neuroendocrines més directes, com l'estrès crònic. Aquestes vies també poden actuar en països més pobres, però han estat menys estudiades. Així mateix, l'empoderament, a nivell comunitari, pot portar a una millor disponibilitat dels recursos de salut o actuar mitjançant processos psicosocials lligats al capital social.

Una altra característica de l'escena sanitària i demogràfica, comuna als països desenvolupats i en desenvolupament, a més del predomini de malalties no transmissibles, és l'envelliment de la població mundial. Per exemple, se suposa que la proporció de població major de 65 anys augmentarà el 43% a Itàlia i el 54% al Japó entre 2000 i 2030. I, fins i tot, en països en estadi intermedi de desenvolupament, la taxa estimada de creixement de la població d'edat avançada entre 2000 i 2030 és molt més ràpida; per exemple, un augment del 174% a la Índia, del 227% a Mèxic i del 277% a Malàisia.

Les desigualtats en salut es mantenen en aquests grups d'edat avançada. A l'*English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), l'inici de la malaltia, la discapacitat i la mala cogni-

ció varen començar 15 anys més tard en persones de posició social alta que en les de posició més baixa.

## El control i la participació socials com a contribuïdors a atenuar les desigualtats en salut

Utilitzo el control i la participació socials com a principi organitzador o com una manera de pensar; d'una banda, sobre les necessitats humanes que es poden relacionar amb la salut i, d'altra banda, sobre la naturalesa de les nostres regulacions socials. Però són més que un principi organitzador; hi ha dades objectives directes que ho suggereixen.

Inicialment vàrem estudiar el control en els llocs de treball. El context era l'estudi Whitehall II de funcionaris públics britànics, en el qual es va veure que com més baixa era la posició en la jerarquia de treball més alt era el risc de malaltia coronària i altres malalties. La vella idea que els directius al capdamunt de la jerarquia sofrien més estrès que les persones a sota d'ells va ser substituïda per dos altres models explicatius de l'estrès laboral. El primer, el model de control de les demandes, planteja que no és la magnitud de les demandes la que és important per a l'estrès laboral, sinó quant control hi ha sobre elles. El segon model suggereix que el responsable de l'estrès crònic és el desequilibri entre els esforços i les recompenses. Som animals socials en tant que éssers desenvolupats. Una part de la vida en societat és l'expectativa de recompenses recíproques: recompensa com a retorn de l'esforç esmerçat. Això és part del que entenc com a participació social plena.

En l'estudi Whitehall II vàrem utilitzar aquests models i trobàrem que cadascun s'associava amb el risc de malaltia coronària, de manera independent l'un de l'altre. Una revisió de l'evidència existent va mostrar que hi havia un grau elevat de consistència amb altres estudis, almenys pel que fa a la dimensió del model del control de les demandes. Per exemple, un estudi holandès recent ha mostrat que les percepcions sobre el control personal de la pròpia existència s'associaven amb un major risc de malaltia coronària. Igual que en l'estudi Whitehall II, la manca de control contribuïa al gradient social de la malaltia coronària, independentment i per damunt dels factors de risc "clàssics".

Hi ha altres maneres de privar les persones del control de les seves vides fora del lloc de treball. A l'estudi Whitehall I també fèiem una senzilla pregunta als participants sobre quin grau de control tenien a casa. Les dones amb menys control a casa tenien més risc de cardiopatia que aquelles que tenien més control. Vàrem observar troballes similars pel que fa a la salut mental.

Hem seguit un programa de treball que investigava l'elevada taxa de morbiditat i mortalitat en els països de l'Europa central i oriental i l'antiga Unió Soviètica, del qual la [Figura 3](#) és només un exemple. A la República Txeca, com en l'estudi Whitehall II, un baix control a la feina s'associava amb el risc d'infart de miocardi i contribuïa al

gradient social de la seva incidència. Els factors psicosocials a la feina també s'associaven amb depressió a la República Txeca, Polònia i Rússia. Nosaltres vàrem ampliar la idea del baix control sobre circumstàncies vitals fins més enllà del lloc de treball. En una sèrie d'estudis transversals vàrem mostrar que la percepció d'un control escàs s'associava a mala salut. Aquests estudis tenen la limitació que tant el predictor (baix control) com el resultat (mala salut o malaltia mental) es basen en dades autoreferides. Per tant, hi ha la possibilitat que el predictor i el resultat s'hagin reportat de manera esbiaixada o contaminada. En un estudi ecològic, en set països d'Europa central i oriental, vàrem mostrar que les taxes mitjanes de control en una mostra poblacional s'associaven a les taxes de mortalitat del país del qual s'havien extret les mostres. En aquest estudi ecològic, la "contaminació" de mesures reportades subjectivament no era un problema.

Aquests estudis d'Europa central i oriental suggereixen que poblacions senceres poden estar, més o menys, privades de control sobre les seves vides. Aquestes comunitats varen sofrir durant les dues darreres dècades de domini comunista i, particularment a Rússia, quan el comunisme i moltes institucions socials es varen anorrear, les rendes reals es reduïren a menys de la meitat i en la societat hi hagué un gran augment de la desigualtat.

L'altra necessitat humana important, després de l'autonomia o control, és participar activament en la societat. Una part del fet de no tenir reciprocitat social adequada és el desequilibri entre els esforços i les recompenses. Suggerixo que l'autoestima i l'estima dels altres és una part de la participació social. Adam Smith, el gran economista i moralista, va destacar la importància de tenir tot el que sigui necessari per ocupar sense vergonya el vostre lloc en públic. Si jo vull incloure tot això com a participació social, pot semblar una mica confús. Però hi ha dues línies d'evidència que donen suport de manera més directa a la relació entre la participació social i la salut: els suports socials i el capital social.

Lisa Berkman, en un seguit d'estudis i una revisió de la literatura, va demostrar que el fet de tenir un nombre de lligams socials és important per a la salut. Sheldon Cohen ha contribuït a aquesta literatura i l'ha revisat, arribant a conclusions igualment sòlides. El matrimoni és un terreny evident en el qual es pot oferir o refusar suport. Hi ha molt debat sobre l'avantatge per a la salut en les persones casades. La salut porta al matrimoni o el matrimoni a la salut? No pretenc reobrir aquest debat aquí. Però té interès que, a Hongria i a la República Txeca, l'increment de la mortalitat en les dues darreres dècades del període comunista va més ràpid en homes no casats que en casats. El major desavantatge de l'estat no casat era més marcat en homes que en dones; així s'afegia combustible a l'especulació que el matrimoni dona més suport als homes que a les dones.

Veure les xarxes i suports socials a nivell de la comunitat porta a la idea del capital social: la idea que algunes comunitats es distingeixen per la seva cohesió i confiança mútua. Les dades que donen suport a la relació entre el capital social d'una societat i la salut són suggestives. Kawachi ha fet operatiu aquest concepte i ha demostrat relacions entre el capital social i la salut. Diez-Roux ha mostrat que les característiques de les àrees afecten la salut de les persones per damunt dels trets socioeconòmics de les persones que hi viuen. Nosaltres hem contribuït a aquesta literatura en mostrar que aquestes característiques d'àrea poden formar part del capital social.

La meua especulació personal és que la salut remarcablement bona del Japó pot estar relacionada amb la seva cohesió social. Igualment, la bona salut de poblacions relativament pobres com les de Kerala i Sri Lanka pot ser atribuïda a la seva cohesió i inclusió social, particularment en les dones.

## Les vies que lliguen l'autonomia i la participació social amb la salut

Un grup d'aquestes vies el formen les que enllacen l'autonomia i la participació amb els recursos per a una salut millor. Szreter no veu cap misteri en la relació entre el capital social i la salut a l'Anglaterra victoriana. Va portar a una acció comunitària per tal d'obtenir el subministrament d'aigua neta. Si la inclusió social vol dir que hi ha més persones involucrades en l'ensenyament, aquestes persones participaran de tots els beneficis econòmics, socials i psicològics que pot portar l'ensenyament. Com he esmentat abans, un projecte per controlar la infecció per VIH i la sida a l'Àfrica meridional que ignori el desavantatge de gènere que sofreixen les dones tindrà poques probabilitats d'èxit.

A un nivell més general, si l'empoderament és una estratègia clau per al desenvolupament social i econòmic, llavors, a banda de qualsevol efecte directe de l'empoderament sobre la salut, hi haurà els beneficis indirectes que provenen del desenvolupament econòmic i social de tota la societat.

A la inversa, si veiem com a bàsica l'autonomia —és a dir, portar a terme la vida que es té com a valuosa—, aleshores els recursos són importants per tal de crear-la, així com la participació social. Per exemple, tenir un fàcil accés a l'aigua potable, un sostre adequat, un bany correcte i altres instal·lacions higièniques fa que portar la vida que es té com a valuosa sigui més que una possibilitat (veieu, més endavant, la secció sobre "Creació de llibertat i empoderament").

Un segon grup de vies es refereix als coneguts factors de risc de malaltia crònica. Hi ha dues qüestions relacionades amb el meu tema: fins a quin punt els factors de risc "clàssics" expliquen el gradient social en la freqüència de les malalties i si les diferències en les conductes relacionades amb la salut poden ser una manera com l'autonomia i la participació social modifiquen el risc de malaltia.

En el primer estudi de Whitehall, una combinació del colesterol plasmàtic, el tabac, la pressió arterial, el sobrepès i la poca activitat física contribuïa menys d'una tercera part al gradient de la mortalitat per malaltia coronària. En algunes estimacions, la contribució del tabac era més alta, però es basaven en mesures indirectes que utilitzen el càncer de pulmó com una mesura substitutiva del tabac i són més altes que altres que també fan servir mesures substitutives. Sigui quina sigui la contribució precisa d'aquests factors al gradient social, són importants. Actualment, el tabac està vinculat al desavantatge social també en el món en desenvolupament.

També, pel que fa a l'obesitat, sabem que, especialment en dones, hi ha una clara relació inversa amb la posició socioeconòmica. Aquesta associació ara està apareixent en els països en desenvolupament. La relació de l'obesitat amb el nivell educatiu, com a mesura de la situació socioeconòmica, es mostra en la [Figura 7](#), on es classifiquen els països segons graus del desenvolupament econòmic. Per damunt d'un PIB d'uns 2.990 dòlars (el que s'anomenen economies mitjanes altes), com més alt és el nivell educatiu més baix és el nivell d'obesitat.

Cal que ara ens preguntem, per tant, per què hi hauria d'haver gradients socials en factors de risc importants de malalties cròniques. Això no es coneix prou bé, però l'autonomia i la participació social poden ser importants. S'ha demostrat que les dones amb desavantatge social i que tenen poca oportunitat de controlar les seves vides o assolir la realització personal poden tenir poca motivació personal per abstenir-se de fumar.

Un tercer tipus de via que vincula la salut amb l'autonomia i la participació, és a dir amb el desenvolupament humà, és la que discorre pels conductes de l'estrès crònic. Sapolsky ha demostrat la plausibilitat que, en primats no humans, a través dels mecanismes d'estrès es relacionin les circumstàncies i l'estat social amb la salut. Tant l'eix hipòfisi-hipotàlem-suprarenal (HHS) com l'eix simpàticocortico-medullar són importants. Sapolsky i altres han demostrat que els animals amb baix estatus tenen majors nivells de cortisol que aquells amb estatus més alt. La força d'aquest vincle entre estatus baix i cortisol varia entre espècies animals; com més sovint s'associa l'estatus baix amb la posició de receptor final d'encontres estressants, més intensa és l'associació entre baix estatus i cortisol.

En l'estudi Whitehall II ens varen interessar especialment dos elements de les vies de l'estrès que vinculen la posició social baixa amb un risc augmentat de malaltia cardiovascular: el fibrinogen plasmàtic, en qualitat de marcador inflamatori, i la síndrome metabòlica. Tots dos s'associen amb una posició social baixa. També hem trobat que hi ha factors socials associats amb la síndrome metabòlica. La [Figura 8](#), presa de l'estudi Whitehall II, mostra que com més sovint els participants referien que el seu tre-

ball comportava tensió elevada (baix control, demandes elevades i poc suport) major era la probabilitat de síndrome metabòlica. Els possibles mecanismes per vincular els factors psicosocials amb la síndrome metabòlica són tant el sistema nerviós autònom com l'eix HHS.

El meu col·lega Andrew Steptoe estudia aquestes vies psicobiològiques al laboratori. Ha demostrat la plausibilitat de relacionar els estímuls estressants amb respostes cardiovasculars, endocrines i immunes i que aquestes respostes són diferents segons la posició socioeconòmica. Una troballa interessant és que no era tant la magnitud de la resposta biològica a l'estrès la que diferia segons la posició socioeconòmica com el fet que els funcionaris públics de baixa graduació tenien taxes més lentes de recuperació biològica després de l'estrès.

### Atenció mèdica?

He dit poca cosa de l'atenció mèdica. No hi ha cap dubte que una part de la millora de la salut en països pobres, com en els rics, és el proveïment d'una atenció primària d'ampli abast. En una societat ben organitzada hi ha d'haver un accés universal a una atenció mèdica de bona qualitat. El principi fonamental del Sistema Nacional de Salut britànic és el proveïment universal, un principi ben digne de ser exportat. En els països pobres del món, i en algun dels més rics, els intents d'un proveïment universal no garanteixen l'accés universal. Un estudi fet en 21 països de renda mitjana i baixa ha mostrat que la despesa del govern en l'atenció sanitària afavoria selectivament les persones de renda més alta ([Figura 9](#)). En 15 d'aquests països, les persones en el quintil superior de la renda obtenien el major benefici; només en 4 les persones del quintil més baix se'n beneficiaven més; i en 2 el benefici de la despesa del govern en atenció sanitària es repartia igualment entre els quintils superior i inferiors de la renda.

Gwatkin i col·laboradors han defensat que la salut dels pobres té més a veure amb les seves circumstàncies socials i ambientals que amb la manca d'atenció sanitària. Però, tenint en compte que cada any es gasten 380.000 milions de dòlars en serveis sanitaris en països de renda baixa i mitjana, val la pena preguntar si hi ha maneres d'assegurar que aquesta despesa beneficiï aquells que més ho necessiten: les persones a baix de tot de l'escala social. Aquestes persones necessiten una política que no sigui només propobres en intenció, sinó que ho sigui en efecte.

Als països rics hi ha poca relació entre la despesa en atenció mèdica i la salut. Estem duent a terme l'*English Longitudinal Study on Ageing* (ELSA), que es va organitzar seguint unes línies semblants a un estudi existent als EUA, el *Health and Retirement Study* (HRS). Atès que els EUA gasten 5.274 dòlars *per capita* en atenció mèdica i al Regne Unit s'hi gasten 2.164 (ajustats pel poder adquisitiu), era interessant comparar l'estat de salut i les seves desigualtats en les



dues poblacions. Vàrem comparar homes i dones blancs de 55-64 anys. Per a cadascuna de set malalties hi ha un gradient social de salut similar en els dos països, però cada malaltia la tenen més americans que no pas anglesos. La [Figura 10](#) mostra les taxes de prevalença de tres d'aquestes malalties. Una possibilitat és que els americans no tinguin més malalties, sinó més metges. No obstant, una identificació o un record més grans de la malaltia no són l'explicació més probable, ja que als EUA els valors d'hemoglobina glicosilada eren més alts, com també ho eren els de la proteïna C reactiva i el fibrinogen; els valors del colesterol d'HDL (colesterol transportat en el plasma per les lipoproteïnes de densitat alta) eren més baixos. Cadascun d'aquests marcadors apunta cap a un major nombre de malalties als EUA.

Les taxes de fumadors eren similars als EUA i a Anglaterra i el consum d'alcohol era més alt entre els anglesos. La prevalença d'obesitat era uns 10 punts percentuals més alta als EUA que a Anglaterra; l'obesitat és probable que sigui un factor important, especialment per a la prevalença més alta de diabetis. Encara que ajustar segons les diferències d'obesitat no feia desaparèixer el desavantatge americà, aquestes eren dades transversals i no vàrem poder observar els efectes acumulatius de l'obesitat. La taxa més alta de malalties reportades és consistent amb les taxes de mortalitat específica per a edat, més altes als EUA que en el Regne Unit en l'interval d'edat entre 0 i 74 anys. És interessant que als EUA hi ha una mortalitat més baixa que al Regne Unit en els majors de 74 anys. No tenim la resposta a l'enigma que plantegen les taxes de malaltia més altes als EUA, però jo especularia que, en part, té a veure amb les circumstàncies en què la gent viu i treballa; és a dir, amb els determinants socials de la salut.

### Creació de llibertat i empoderament

Si l'empoderament és tan important per a la salut, val la pena preguntar com es genera. Stern ha proposat tres classes d'influència. En primer lloc, les qualitats individuals: els actius i el capital humà. Després hi ha les limitacions externes que provenen del context de la família, la comunitat (casta i religió incloses), la societat i els sistemes de governança, els quals donen forma a les vides de les persones. En tercer lloc, els individus tenen determinants interns de les seves accions que s'associen amb les seves preferències i les percepcions del seu rol. Aquestes classes d'influències poden estar interrelacionades.

Un exemple eloqüent dels determinants socials de l'empoderament el dona un estudi de nens d'11 a 12 anys a l'Índia. A aquests nens de casta alta i de casta baixa els donaren problemes gràfics a resoldre. Malgrat que els nens de casta alta tenien pares amb nivells educatius més alts, els dos grups varen fer les proves de manera idèntica. Aleshores es varen repetir les proves, però posant públicament de manifest la casta de cada nen. En aquestes circumstàncies,

els nens de casta baixa ho feren significativament pitjor. Els investigadors varen atribuir aquesta davallada del rendiment, basant-se en l'experiència, al fet que els nens de casta baixa entenien que serien tractats injustament; era part de la seva situació d'inferioritat. Aquesta especulació es va veure confirmada recompensant els nens a cegues més que segons la decisió aparentment presa per l'investigador. Així que les recompenses foren "justes", novament els nens de casta baixa s'equilibraren amb els de casta alta.

Per tant, el poder és el factor clau. Els termes control, autonomia i llibertats poden sonar com propietats psicològiques de l'individu. No obstant, com deixa clar el marc conceptual de Stern, aquesta és una visió parcial. Les relacions de poder a la societat, en actuar a través de les institucions socials i les oportunitats ofertes als que estan en posicions relativament desavantatjoses, són les causes socials dels graus d'empoderament. És interessant que la democràcia, que ens hauria de permetre a alguns de nosaltres una major semblança de control, sembla que és bona per a la salut fins i tot tenint en compte altres condicions socials.

Una precaució especial fa referència al concepte de llibertat. En el sentit adoptat per Sen, i aquí, no vol dir privilegiar els drets d'uns individus a expenses del benestar d'altres. Es poden entendre els drets humans donant per suposada una obligació de la societat de fer allò que és necessari per tal que es realitzin les llibertats importants que aquests drets comporten.

### La recerca com a guia de l'acció

Una marca de la nostra civilització és que valorem el coneixement científic per si mateix. La Il·lustració va portar la idea que el qüestionament crític era una via millor cap a la veritat que la saviesa rebuda. Per tant, valorem la recerca i l'erudició perquè ens enriqueixen culturalment.

No va contra aquest esperit que es pugui voler aplicar el nostre coneixement. Com a metges no busquem només entendre, sinó millorar les coses. Per tant, també és així en salut pública; però aquí l'esfera d'acció és col·lectiva més que individual.

No busquem millorar la salut pública senzillament informant els individus sobre els riscos sanitaris. Això és força evident quan els riscos venen de l'entorn. Quan en un poble l'aigua no és potable, ja entenem que dir a cada vilatà que begui aigua Perrier serà una estratègia menys efectiva que fer portar aigua neta al poble. Potser això és menys evident quan es tracta de conductes relatives a malalties cròniques, però són vàlids els mateixos punts de vista. Els individus trien beure, fumar o menjar més calories que les consumeixen en activitat física, però aquestes eleccions també estan influïdes per l'entorn.

La història del control del tabac demostra la importància de l'acció social. El Conveni marc de l'OMS per al control del tabac, adoptat el 2003 per l'Assemblea Mundial de la

Salut, és un assoliment de referència en la salut pública. La seva premissa bàsica és la necessitat que els governs s'involucrin en la reducció del consum de tabac per part dels individus.

M'he interessat en l'exemple de l'alcohol. L'evidència mostra que la prevalença de grans bevedors està relacionada amb la "humitat" global de la població, és a dir amb la quantitat total d'alcohol consumida. Allò que determina fonamentalment el consum d'alcohol és el seu preu i la seva disponibilitat. Per tant, les polítiques adreçades a reduir les malalties associades amb l'alcohol haurien d'actuar sobre el preu i la disponibilitat més que no pas esforçar-se en una altra direcció.

L'acció social és igualment important quan es tracta de l'autonomia i les oportunitats d'una participació social plena. Em vaig sentir molt malament quan vaig saber que, en una reunió amb treballadors a punt de ser sotmesos a una reducció de jornada, els varen dir que la recerca del professor Marmot demostra que el control sobre la pròpia vida és bo per a la salut. Ara que no haurien de tornar a treballar cada dia, aquests individus a punt d'entrar en l'atur podien tenir ganes de controlar la seva vida.

Naturalment, això és una caricatura dels resultats de recerca, fins i tot un transvestiment. Les oportunitats dels individus per controlar la seva vida, d'estar empoderats i de participar plenament en la societat estan molt determinades per la manera com hi organitzem els nostres afers. En una excel·lent revisió s'ha estudiat la capacitat de l'empoderament per millorar la salut; els seus resultats estimulen a pensar que el canvi social basat en el coneixement precís i la comprensió de les situacions pot conduir a un major empoderament. Aquesta revisió adverteix que l'evidència d'un efecte directe de la millora de l'empoderament sobre la salut és més limitada.

Va ser precisament per tal de posar ordre en l'evidència existent sobre l'acció social per a la millora de la salut que l'OMS va establir la Comissió sobre els Determinants Socials de la Salut. Hi hem organitzat nou "xarxes de coneixement": desenvolupament primerenc dels nens, condicions de treball, exclusió social, dones i equitat de gènere, assentaments urbans, globalització, sistemes de salut, situacions prioritàries en salut pública i una xarxa interconnectada sobre mesurament i evidència. Tenim altres mecanismes per generar el coneixement necessari per a l'acció: extraure i sintetitzar l'experiència dels països que han emprès accions, treballar amb grups de la societat civil i cooperar amb altres organismes. La Comissió haurà de comunicar resultats el 2008. El seu principi guia és la justícia social: reduir les diferències injustes en salut entre grups d'un mateix país i entre països. Les polítiques basades en l'evidència són un mecanisme clau. L'evidència no basta per si sola. Ha d'existir el desig, la voluntat política de canviar. Si es dona aquesta voluntat —una premissa exigent, però soc optimista— l'evidència de què és allò que funciona serà de gran ajuda.

## El metge i el canvi social

En aquestes *Harveian Orations* el nom de Rudolf Virchow s'ha esmentat varies vegades. Per exemple, Paul Nurse va citar el concepte de Virchow sobre les cèl·lules: "que cada animal apareix com una suma d'unitats vitals, cadascuna de les quals porta en ella mateixa les característiques completes de la vida". El meu primer contacte amb els escrits de Virchow va ser en relació amb els seus estudis sobre la sang i els vasos sanguinis, que encara són importants per al nostre coneixement de l'anatomia patològica de l'aterosclerosi.

A més de ser un científic que va contribuir molt al nostre coneixement de l'anatomia patològica, Virchow també es preocupava per la millora de la salut pública. Va escriure: "Per tal que la medicina dugui a terme la seva gran tasca ha de participar en la vida política i social. O és que no trobem que les malalties del comú de la gent són sempre atribuïbles a defectes de la societat?" I continuava: "Si la malaltia és una expressió de la vida individual en circumstàncies desfavorables, aleshores les epidèmies han d'indicar trastorns de masses". Si la malaltia és tan sovint conseqüència de la pobresa, deia, aleshores els metges són els "advocats naturals dels pobres" i els problemes socials haurien de ser resolts en gran part per ells.

He proposat que una concepció més àmplia de la pobresa, basada en el control i la participació social, enllaça el gradient social de la salut amb la relació entre pobresa i salut. Hauríem de centrar l'atenció no tan sols en els extrems de la pobresa en termes de renda sinó en l'oportunitat, l'empoderament, la seguretat i la dignitat que les persones amb desavantatge necessiten tant en països rics com en els pobres.

Per tant, per a Virchow no era una qüestió de biologia o societat, sinó d'ambdues. Necessitem un coneixement biològic de la malaltia, però també ens fa falta conèixer de quina manera la societat influencia la biologia per tal de canviar el risc d'emmalaltir. Aquesta concepció social és bàsica en el procés del canvi per a reduir la càrrega de malaltia.

Com a metges, hem de ser els advocats naturals de les persones amb desavantatge. La Comissió sobre els Determinants Socials de la Salut es va engegar a Xile. Va semblar apropiat, aleshores i ara, citar el xilè Pablo Neruda i invitar-vos a: "*alceu-vos amb mi... contra l'organització de la misèria*".

## N. DELS T.:

1. La *Harveian Oration* és una solemne conferència que dona anualment al *Royal College of Physicians*, a Londres, un dels seus membres destacats sobre un tema de la seva àrea d'expertesa. Va ser instituïda per William Harvey, el descobridor de la circulació de la sang, el 1656, i des d'aleshores ha tingut lloc cada any, amb comptadíssimes interrupcions.
2. Cita d'un poema del llibre *Los versos del capitán*, de Pablo Neruda: "*conmigo levántate / y salgamos reunidos / ... contra la organización de la miseria*".