

# Las desigualdades sociales en salud: qué son, su relevancia y sus causas

Carme Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona

---

**C S B** Consorci Sanitari  
de Barcelona

 Agència  
de Salut Pública

Bilbao, Noviembre de 2007

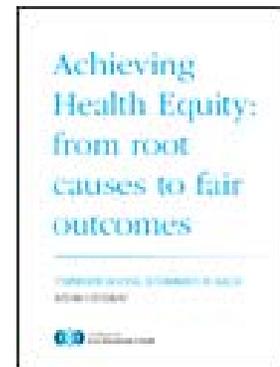
# Concepto de igualdad en salud

La ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.

Implica una dimensión ética.



Commission on social  
determinants of health



# Concepto de desigualdad en salud

- **Desigualdad en salud:** Son las diferencias en salud que son innecesarias y evitables y que además se consideran injustas:
  - Las personas de clases desaventajadas y las personas inmigrantes de países de renta baja presentan peor salud percibida, más enfermedades y más mortalidad.
  - Las mujeres presentan peor salud percibida que los hombres, a pesar de tener una esperanza de vida más larga.



# Concepto de desigualdad en salud (2)

## ➤ **Declaración Universal de Derechos Humanos (1948):**

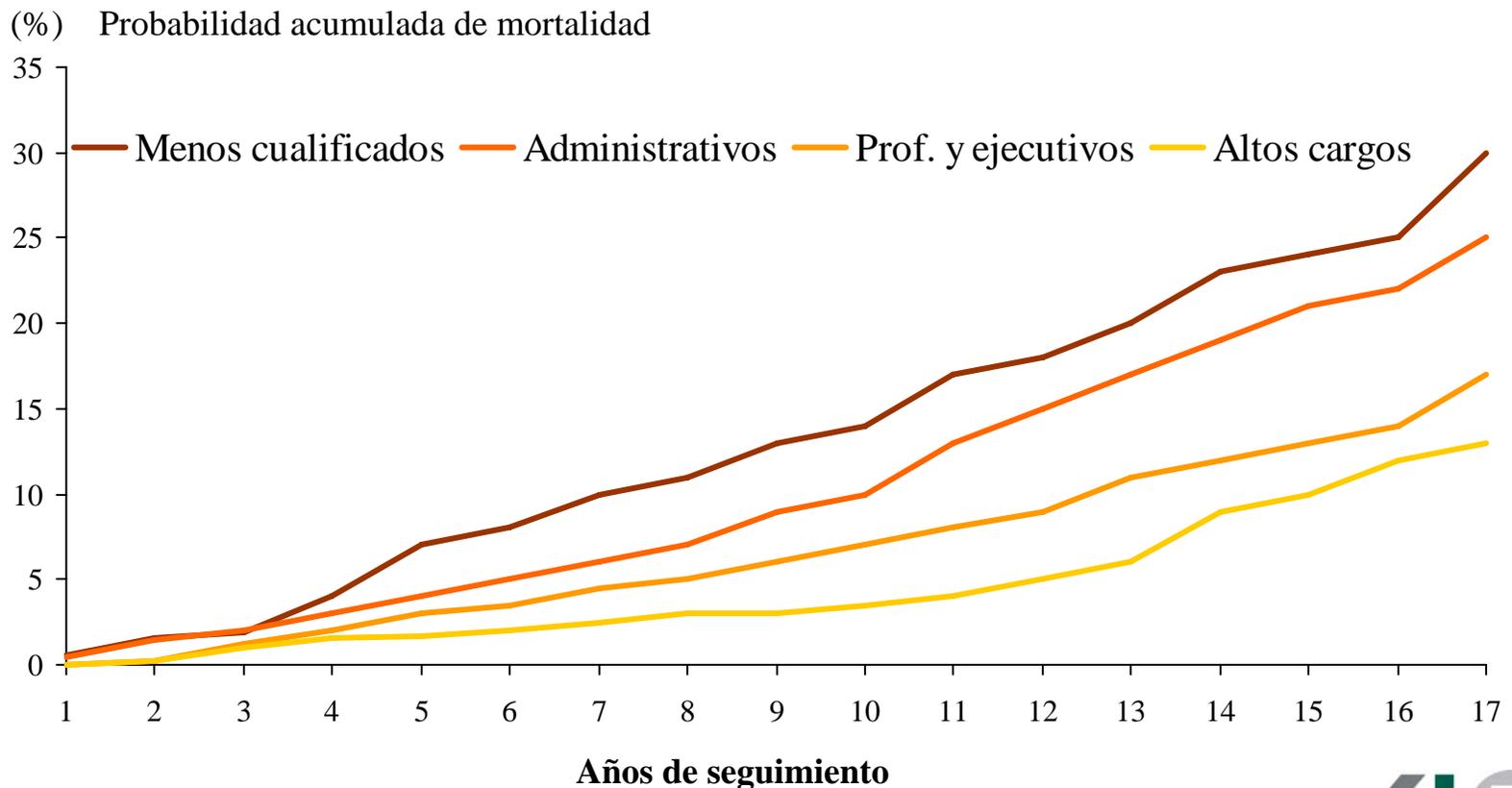
- **Artículo 25:** “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”
- **Artículo 28:** “Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”.

# Relevancia de las desigualdades socioeconómicas en salud

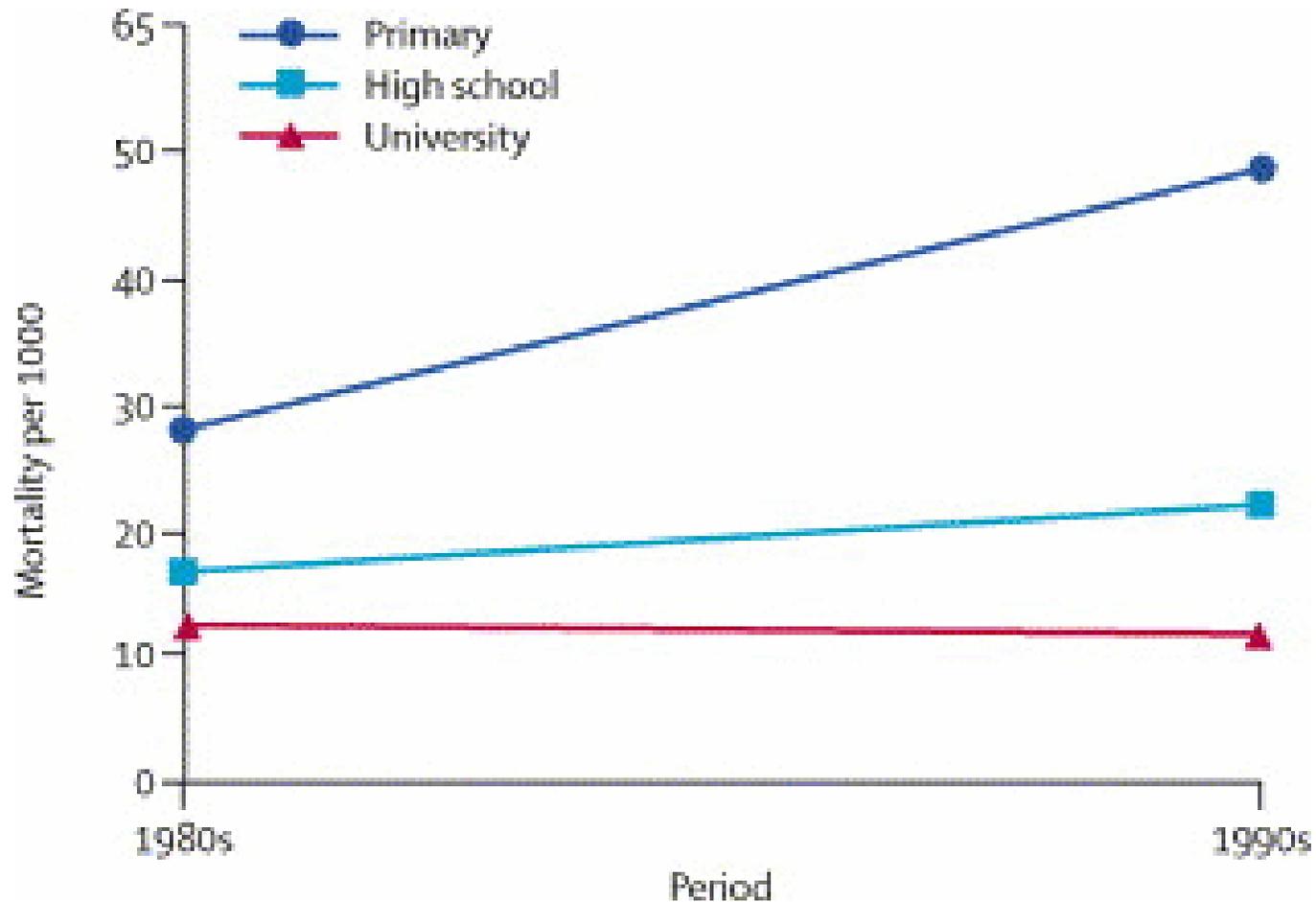
- Las desigualdades sociales en salud existen en todos los países y en forma de gradiente en la escala social.
- El impacto de las desigualdades sociales en salud es muy grande.
- Las desigualdades están aumentando.
- Hay pruebas suficientes que muestran como las desigualdades en salud se pueden reducir poniendo en práctica políticas sociales y sanitarias apropiadas.



# Mortalidad por todas las causas por año de seguimiento y categoría. Cohorte de hombres funcionarios Whitehall (Londres), entre 40-64 años.

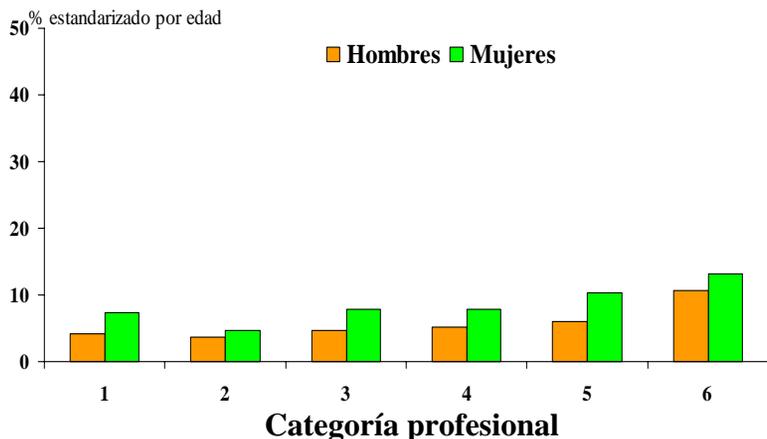


## Increase in educational differentials in mortality between the 1980s and 1990s in St Petersburg men

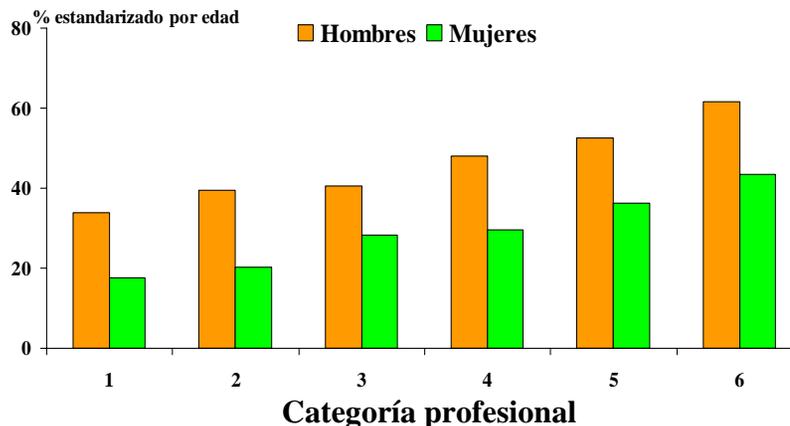


# Características relacionadas con la salud en la cohorte de funcionarios Whitehall II. Hombres y mujeres de 35 a 55 años. Londres 1985-88

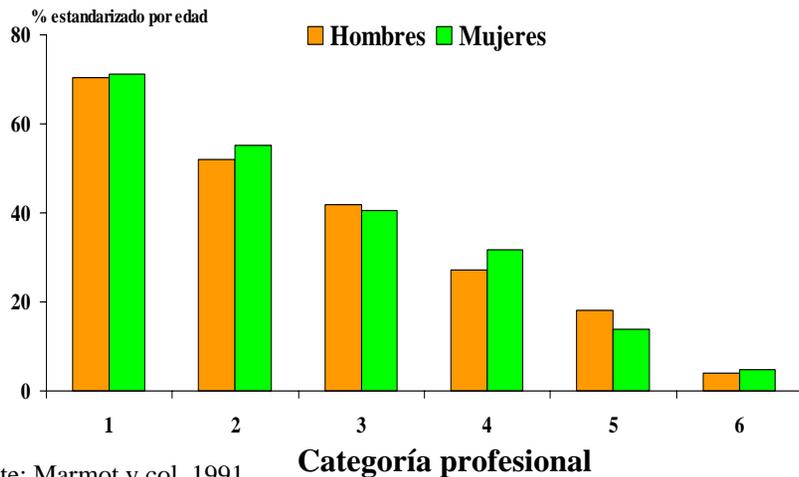
### Obesidad



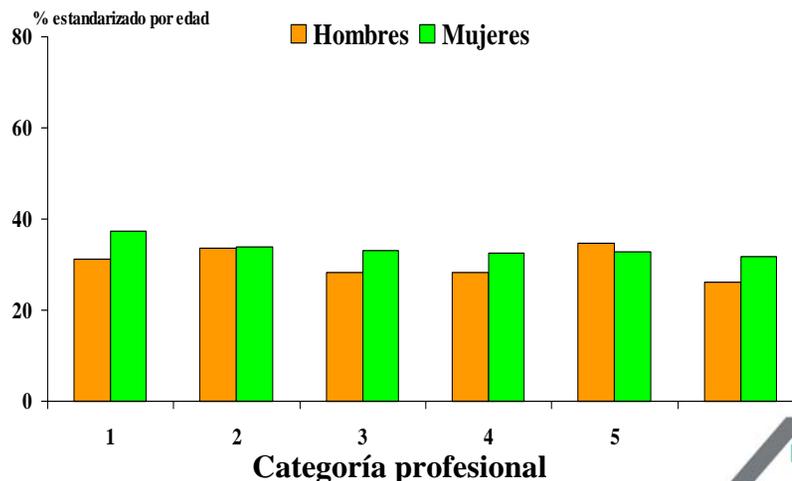
### No comer fruta o verdura diariamente



### Trabajo variado



### Apoyo emocional

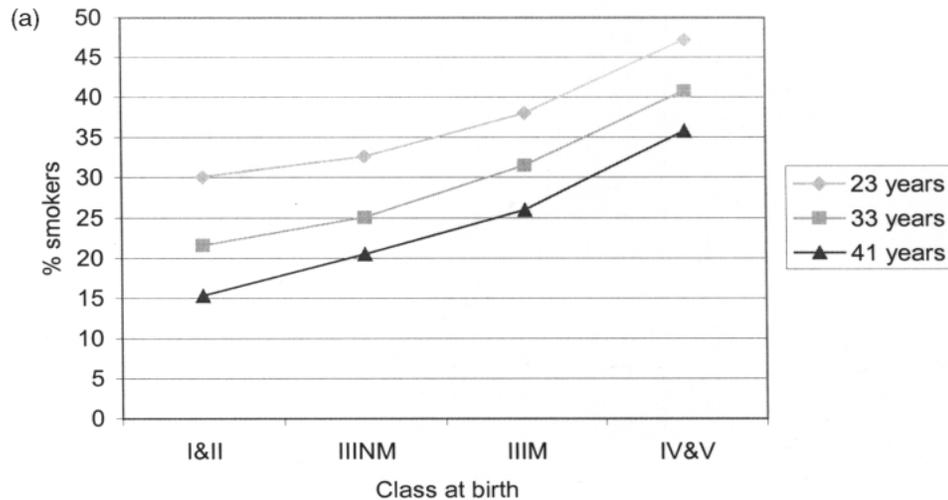


Fuente: Marmot y col, 1991.

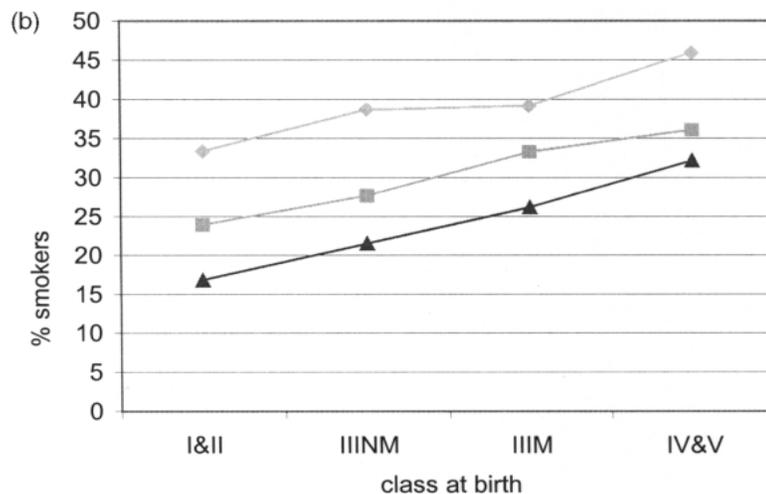


# Consumo de tabaco por clase social de origen. British birth cohort (1958)

## Mujeres



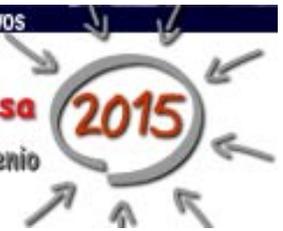
## Hombres





# Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU

**Mantengamos la promesa**  
Objetivos de desarrollo del Milenio



Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medioambiente

Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

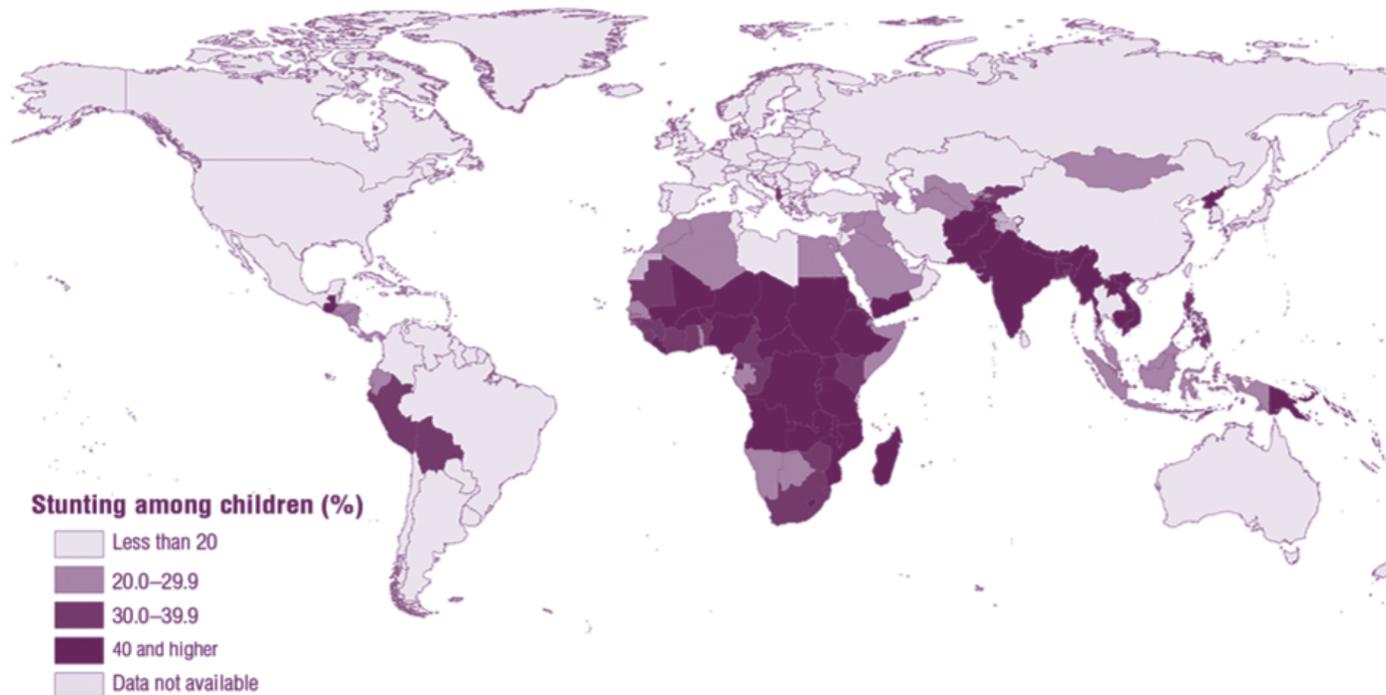
# Objetivo 1. Erradicar el hambre

World Health Statistics 2016



## 4. Child undernutrition: where are we now?

Geographical pattern of stunting in children under 5 years of age<sup>16</sup>



Stunting: talla < 2 DE mediana WHO Child Growth Standards



# Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil

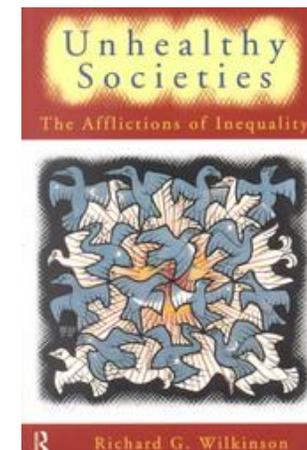
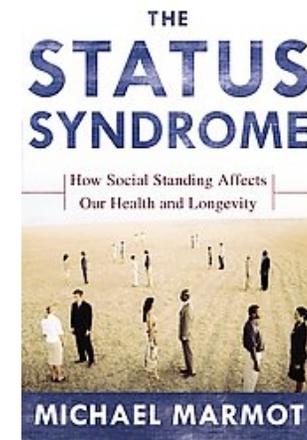
- Mortalidad infantil (muertes menores de 1 año) por 1.000 nacidos vivos en el año 2000:
  - Afganistán 165, Níger 159
  - Países UE-15: <10 (España 4)

# Objetivo 5. Mejorar la salud materna

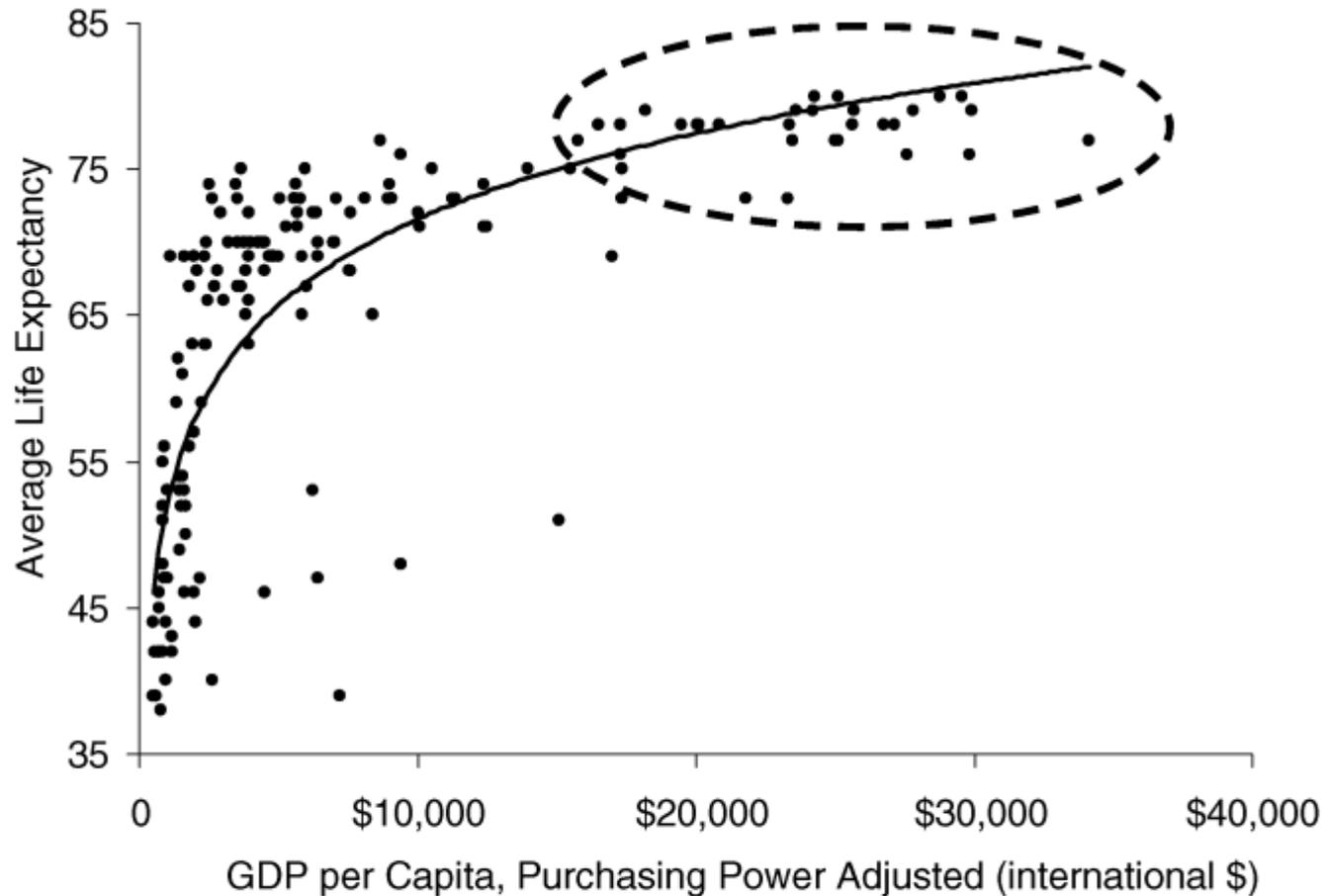
- Mortalidad materna (muertes maternas) por 100.000 nacidos vivos en el año 2000:
  - Afganistán 1.900, Níger 1.600
  - Países UE-15: <20 (España 4)

# Aproximaciones teóricas sobre las causas de las desigualdades socioeconómicas en salud

- **Los factores psicosociales:**
  - La percepción y la experiencia del estado personal en sociedades desiguales conduce al stress y a la mala salud (Marmot M. The status syndrome).
  - La existencia de desigualdades en la riqueza disminuyen el capital social lo que repercute negativamente en la salud (Wilkinson R. Unhealthy societies).



# GDP per capita and Life expectancy for 160 countries, 2000

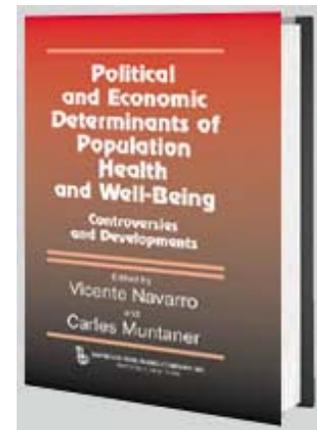
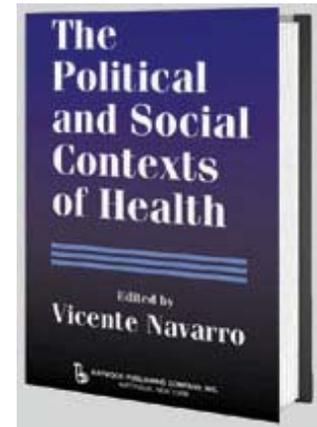


*Note:* Because of its very high GDP, Luxembourg was excluded to simplify the visual presentation (life expectancy = 77, GDP = \$50,061).

*Source:* World Bank 2002.

# Aproximaciones teóricas sobre las causas de las desigualdades socioeconómicas en salud

- **Los factores materiales:**
  - Los factores históricos, políticos y económicos determinan la salud y las desigualdades (Navarro V, Muntaner C).
  - La causa de las desigualdades está en la falta de recursos materiales y la falta de inversiones en áreas con mayor privación (Lynch J).
  - Es necesario entender porque se produce la desigual distribución de la riqueza y por lo tanto la existencia de desigualdades de renta.

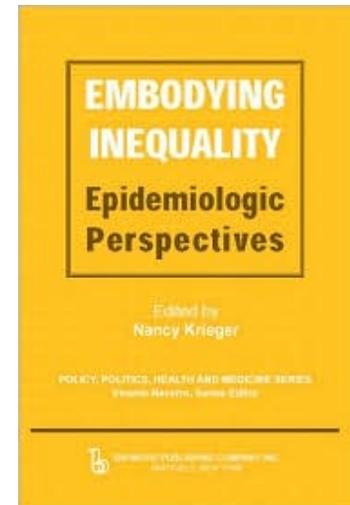


# Aproximaciones teóricas sobre las causas de las desigualdades socioeconómicas en salud

- **La teoría ecosocial:**

Intenta atar los determinantes sociales y biológicos. Aparte de los condicionantes biológicos o psicológicos personales, los determinantes políticos, económicos, ecológicos, sociales, demográficos e históricos afectan a nuestra salud. Ello ocurre a través de la “incorporación” (embodiement), concepto que se refiere a cómo incorporamos biológicamente el mundo material y social en el que vivimos.

“Las personas incorporan biológicamente sus experiencias de desigualdad social desde la vida intrauterina hasta la muerte”



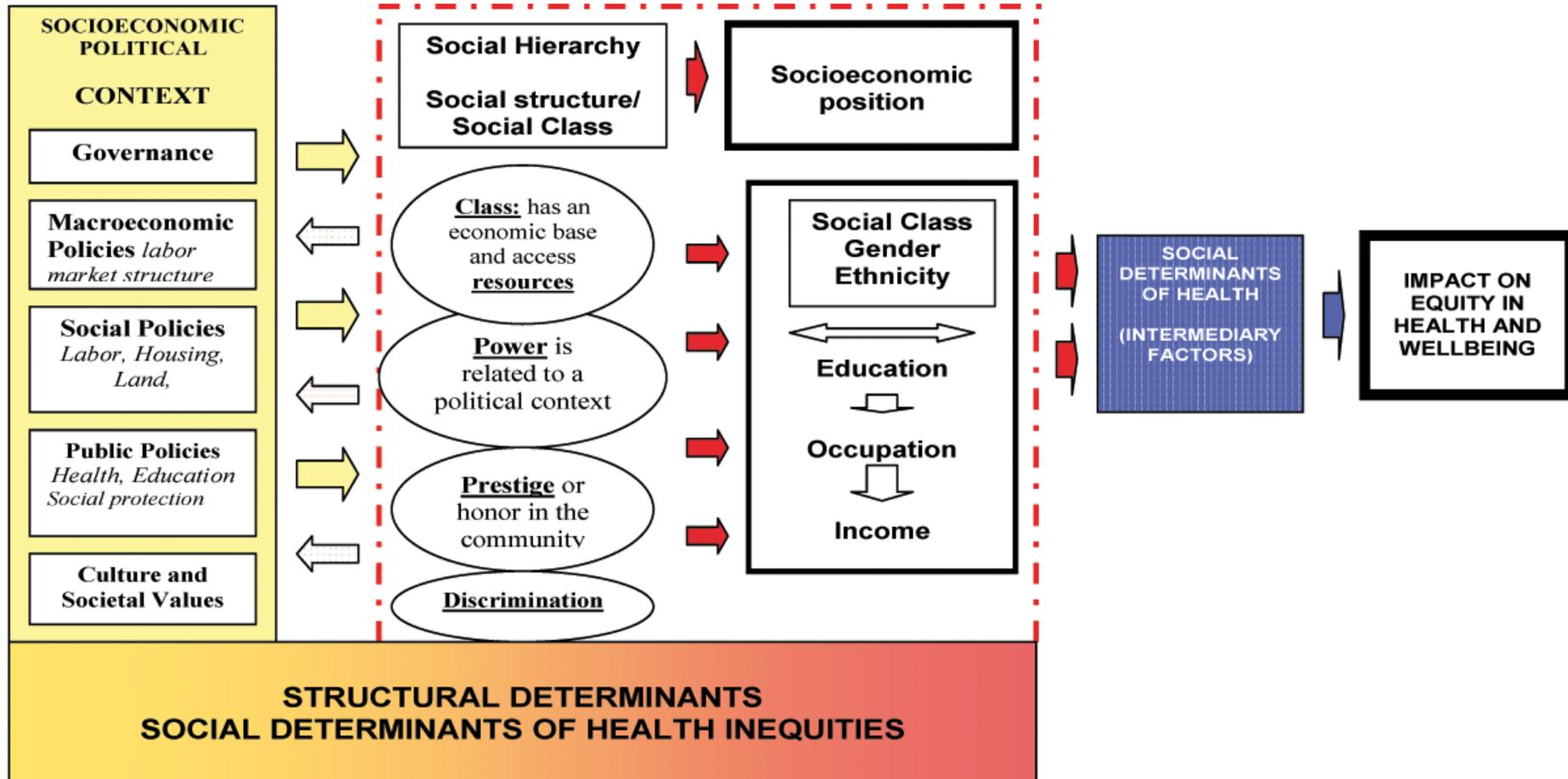
# Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS

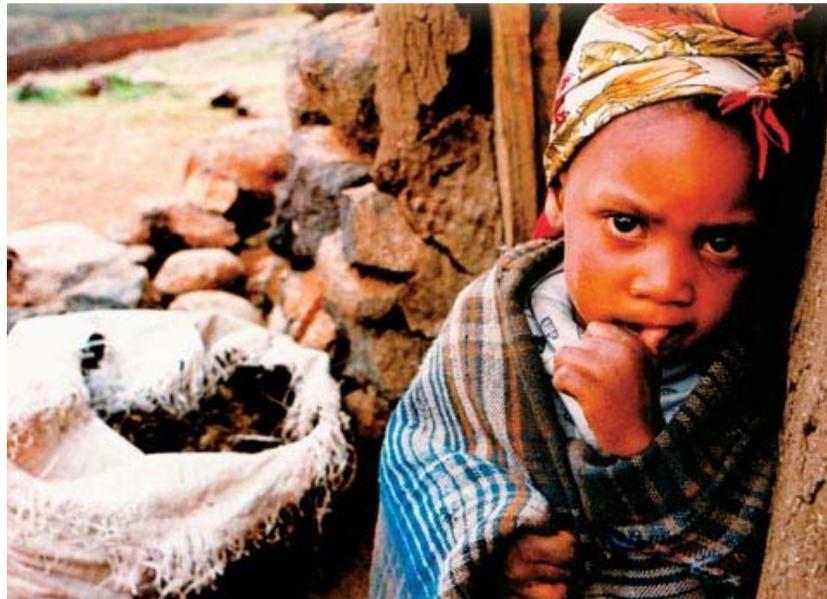
- **Primer elemento:** Los factores socioeconómicos y políticos:
  - Mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales como por ejemplo el mercado de trabajo, el estado de bienestar, etc.
  - Existe poca literatura sobre la repercusión de la política (“politics”) en la salud (Navarro V, Muntaner C).

# Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS

- **Segundo elemento:** Determinantes estructurales y posición socioeconómica:
  - Clase social
  - Posición socioeconómica (nivel de ingresos, nivel de estudios, ocupación)
  - Género
  - Raza / étnia

# Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS

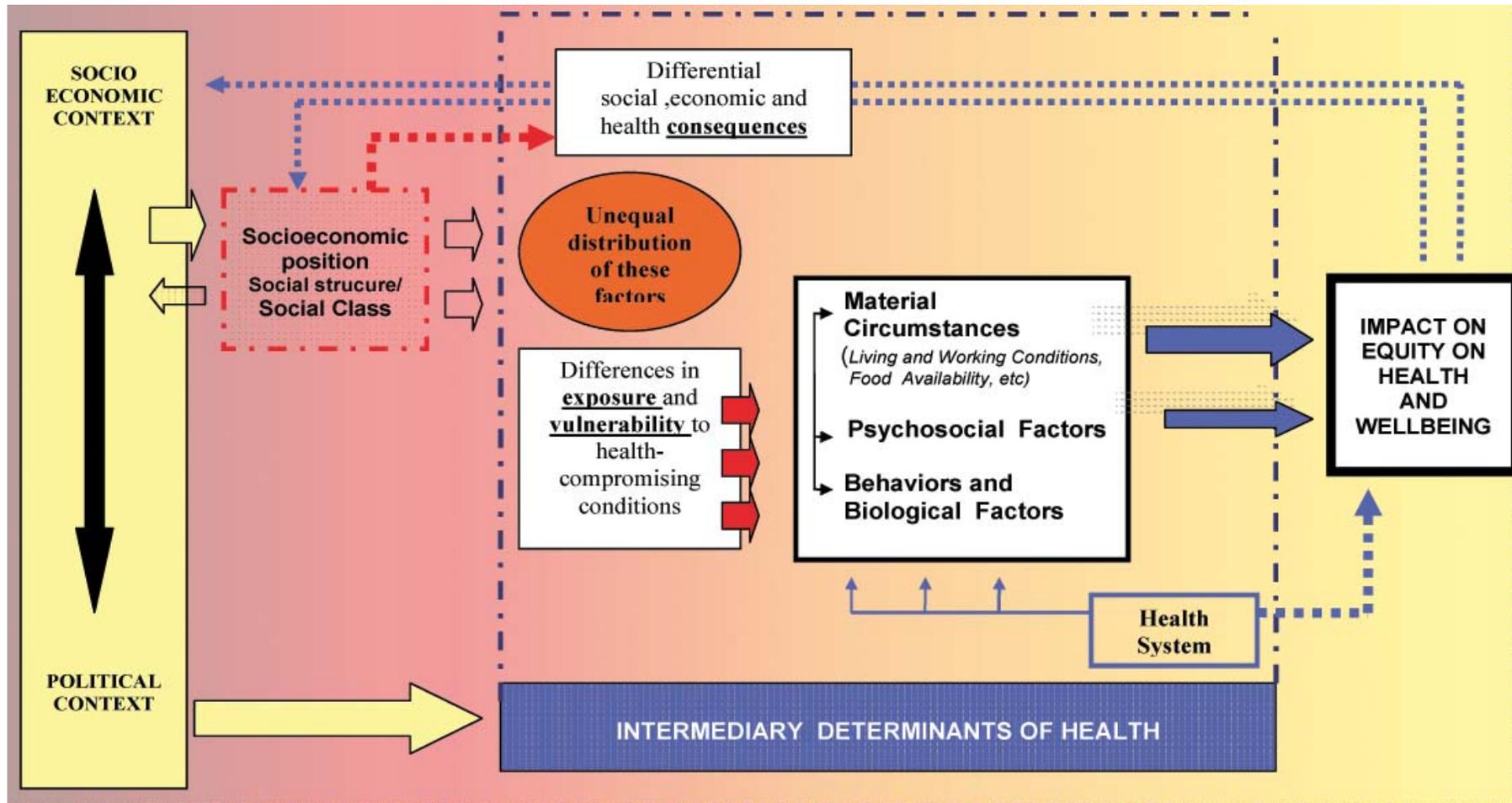




# Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS

- **Tercer elemento:** Factores intermediarios:
  - Circunstancias materiales
  - Factores psicosociales
  - Estilos de vida
  - Factores biológicos
  - Los servicios de salud

# Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS

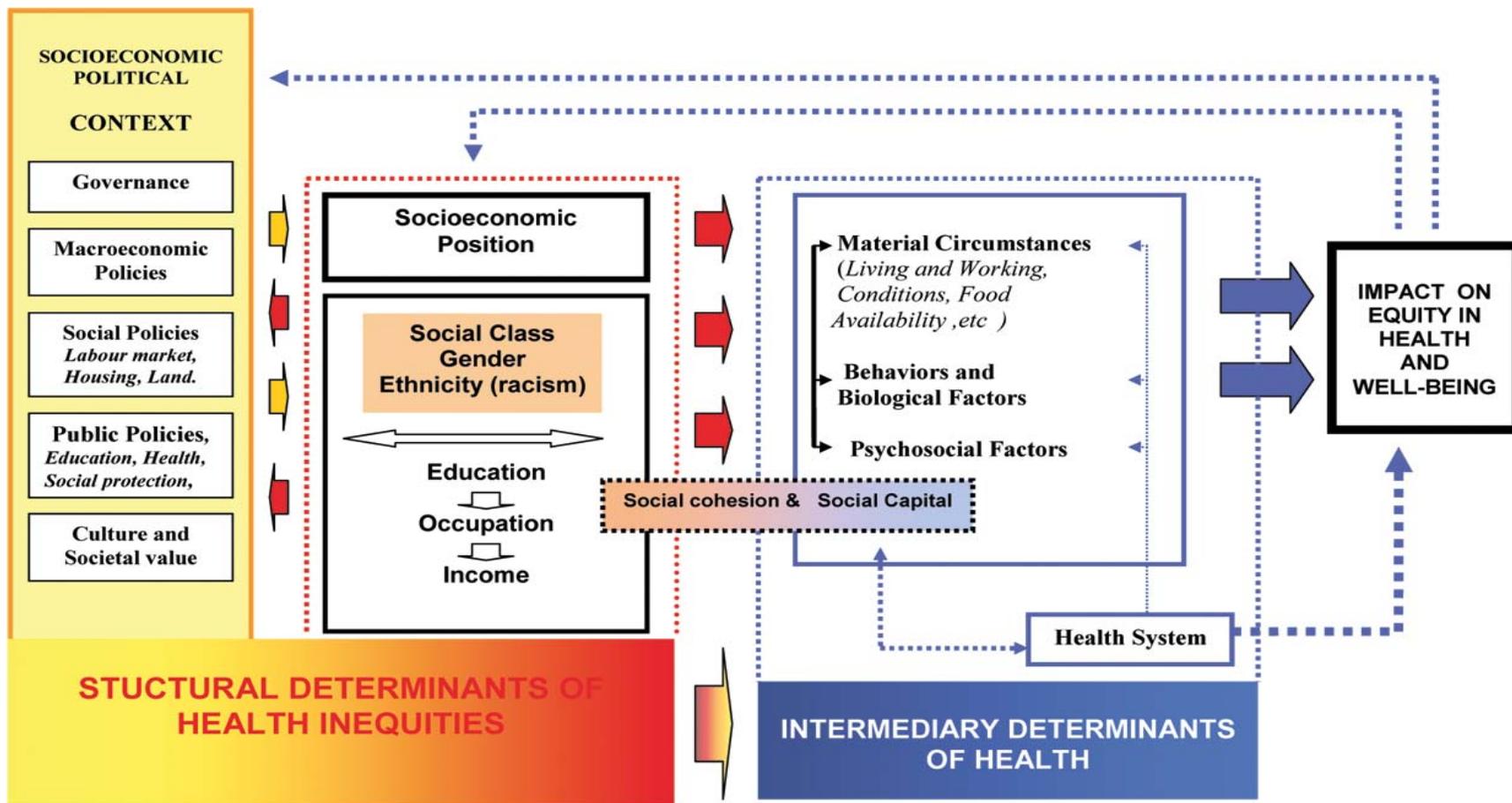




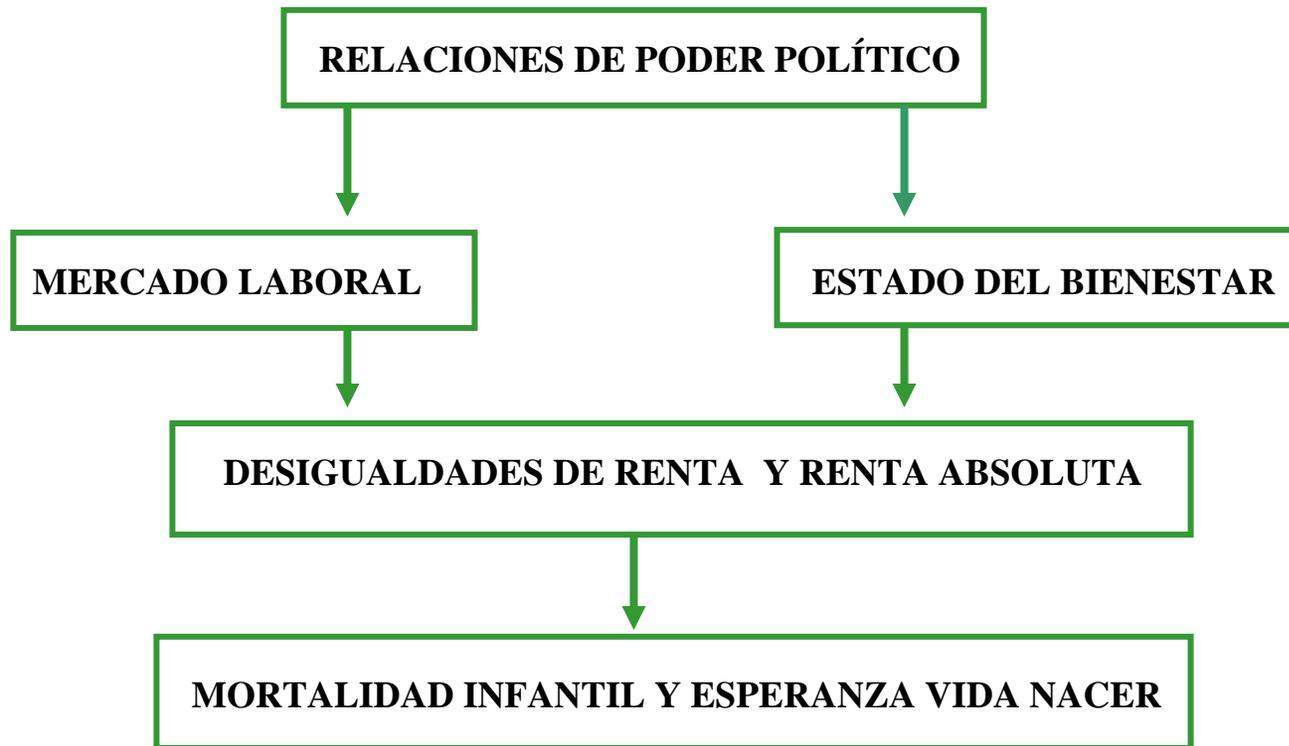
Barcelona. Okupa y Resiste

fotomaf.com 2005

# Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS



# Modelo propuesto por la Red Europea sobre poder político, desigualdades sociales y salud



# The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998 (Navarro V et al).

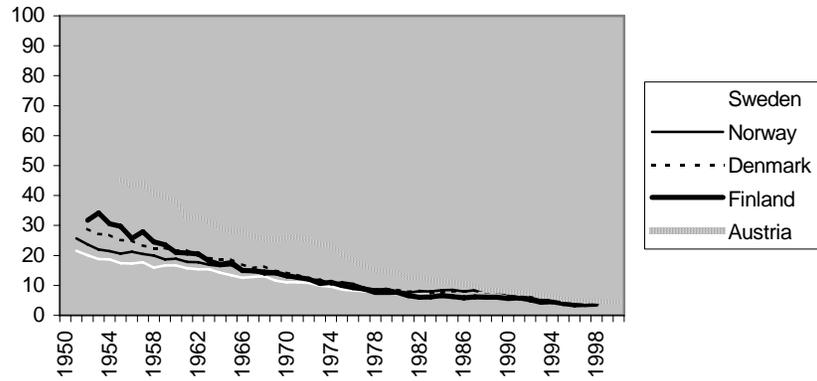
**Objetivo:** Analizar en 17 países de OECD la influencia de las variables del modelo conceptual en la mortalidad infantil y la esperanza de vida desde 1950 a 1998

**Agrupación de países:**

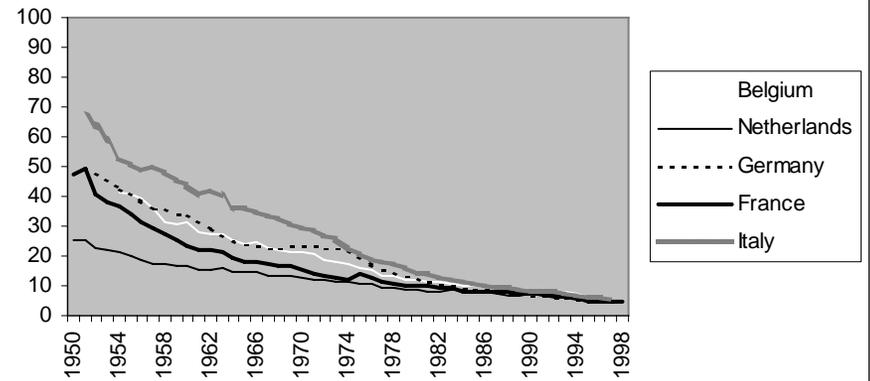
<b>Social democrat tradition</b>	Sweden, Norway, Denmark, Finland, Austria.
<b>Christian democrat tradition</b>	Belgium, Netherlands, Germany, France, Italy.
<b>Liberal tradition</b>	Canada, Ireland, United Kingdom, United States
<b>New democracies</b>	Spain, Greece, Portugal

# Tasa de mortalidad infantil en las agrupaciones de países

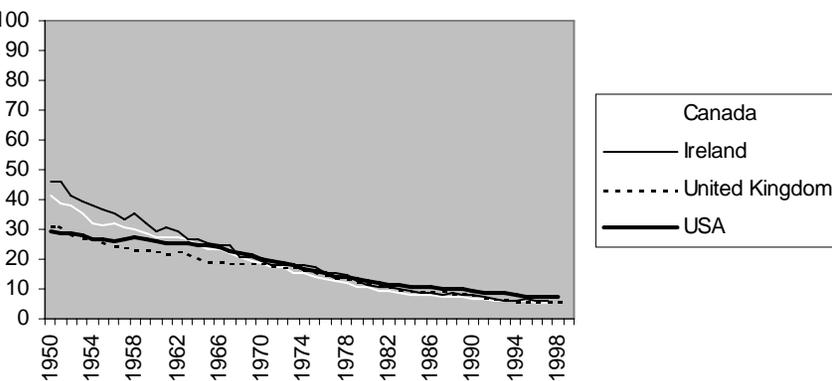
**Socialdemocrats**



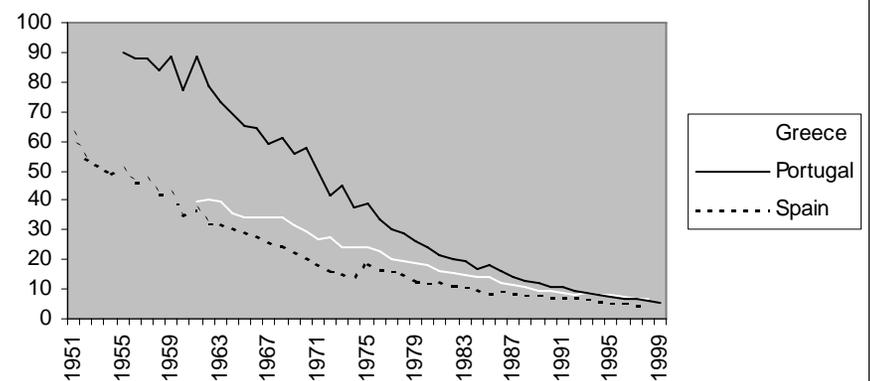
**Christian Democrats**



**Liberals**

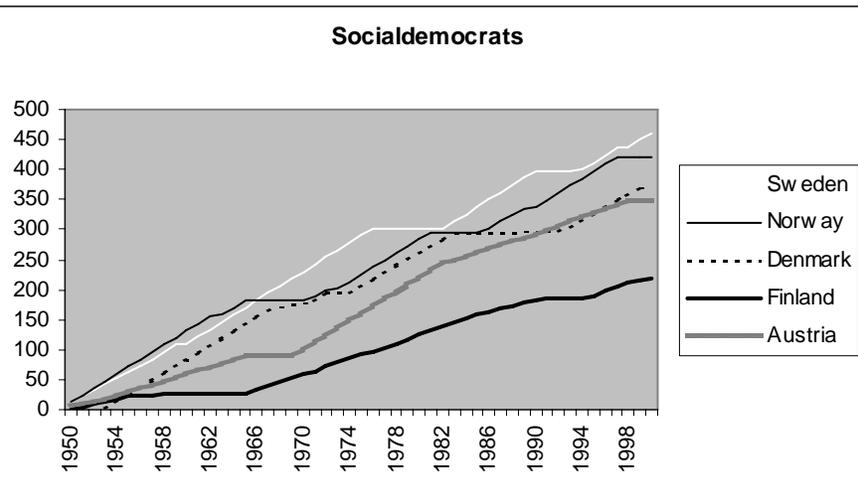


**Ex-Dictatorships**

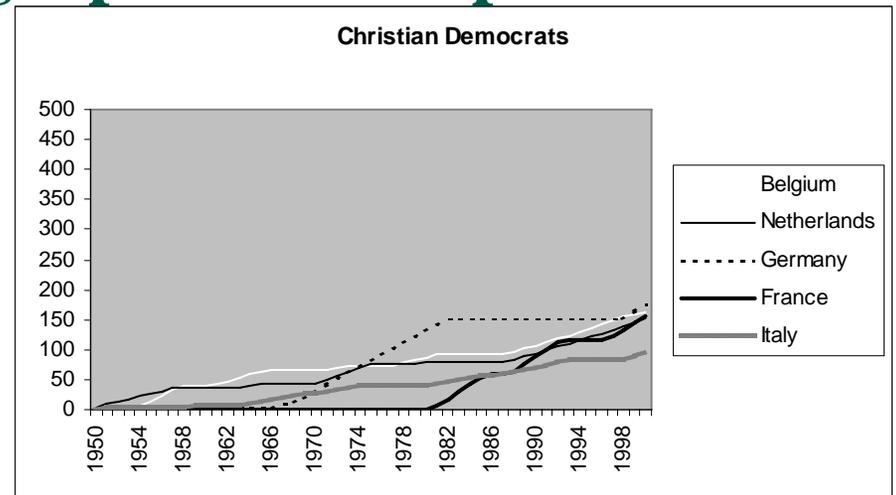


# Tiempo acumulado de voto a partidos de izquierda, 1960-1995 en las agrupaciones de países

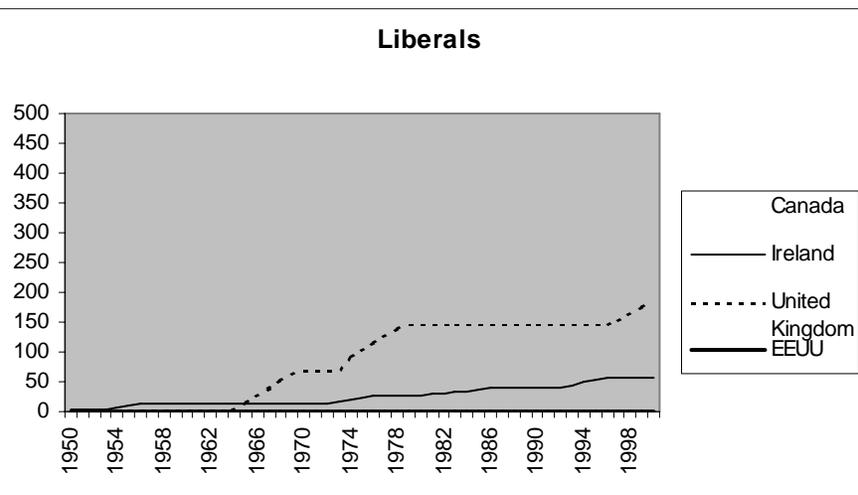
**Socialdemocrats**



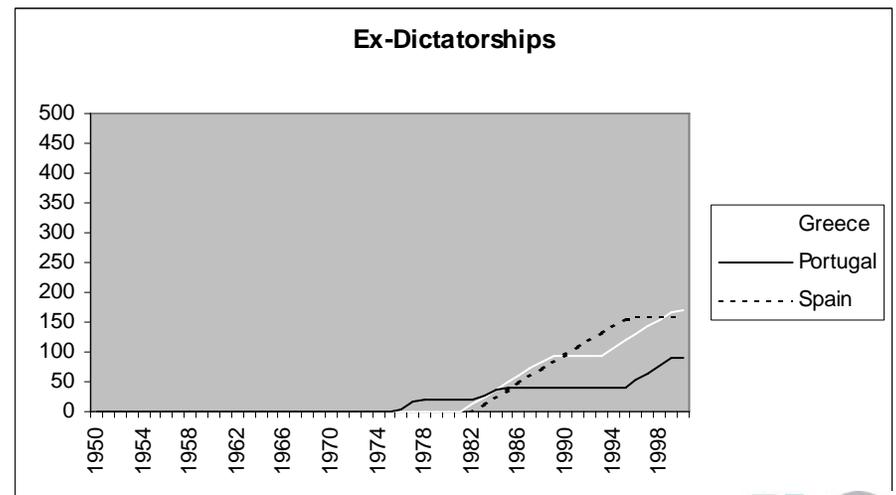
**Christian Democrats**



**Liberals**

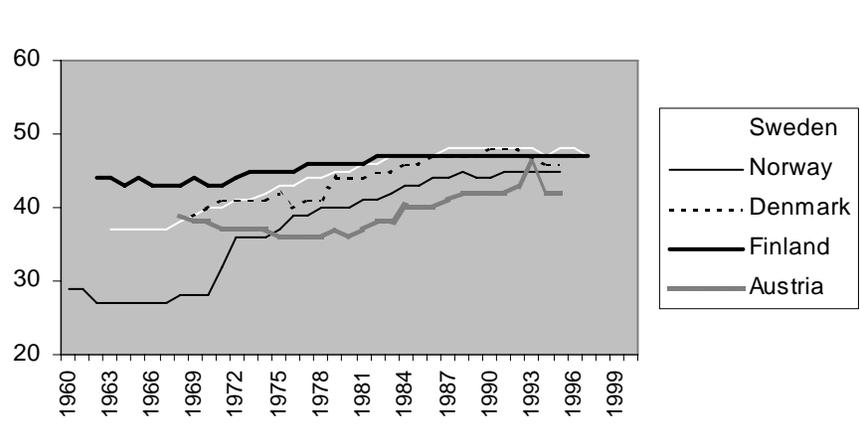


**Ex-Dictatorships**

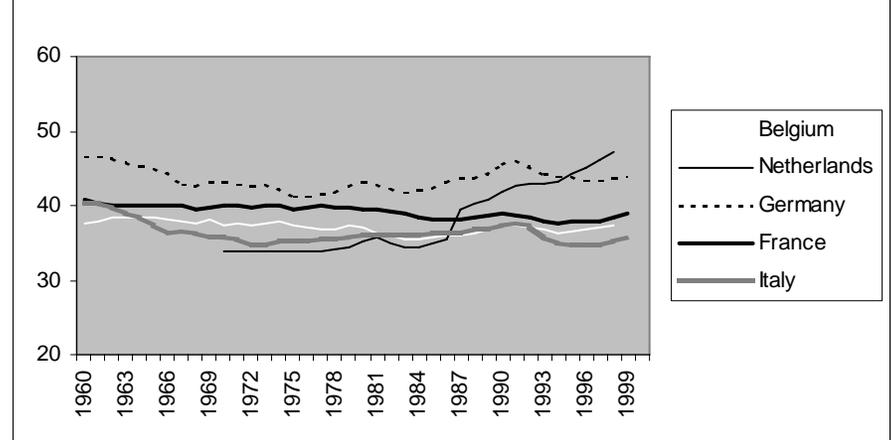


# Participación de la mujer en el mercado de trabajo en las agrupaciones de países

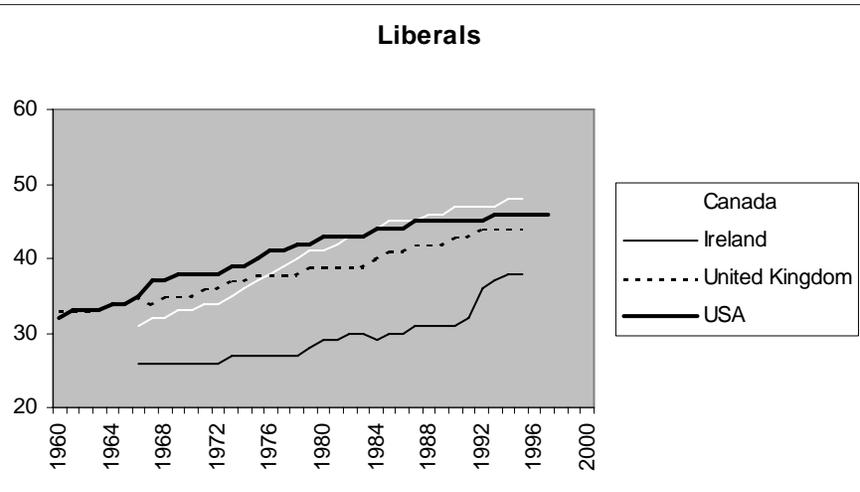
### Socialdemocrats



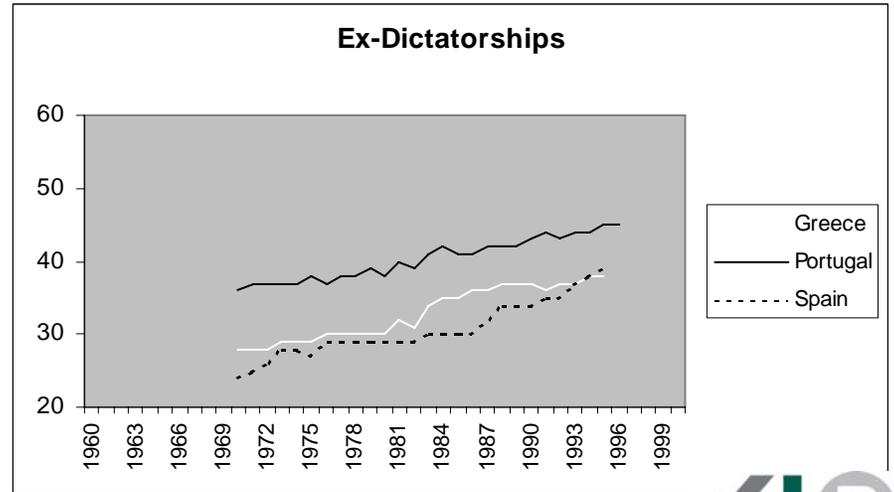
### Christian Democrats



### Liberals

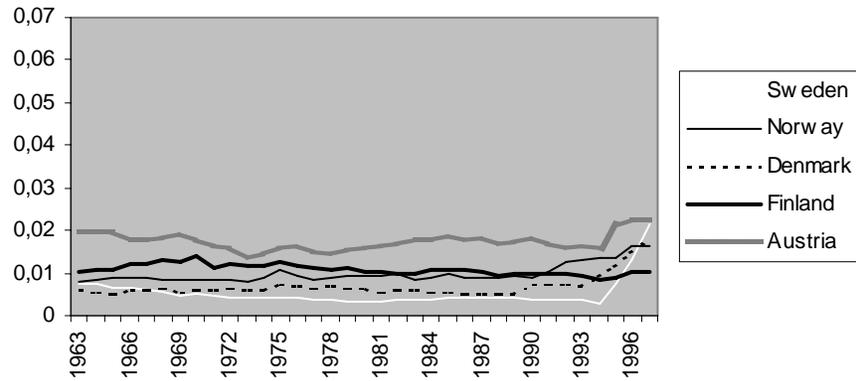


### Ex-Dictatorships

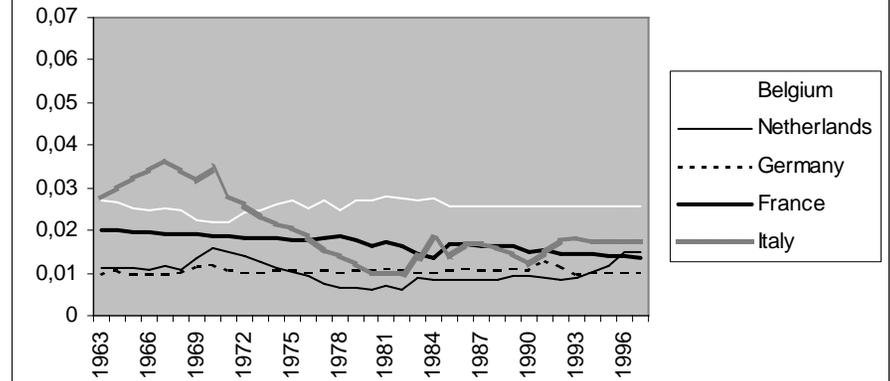


# Desigualdad de renta: Theil index en las agrupaciones de países

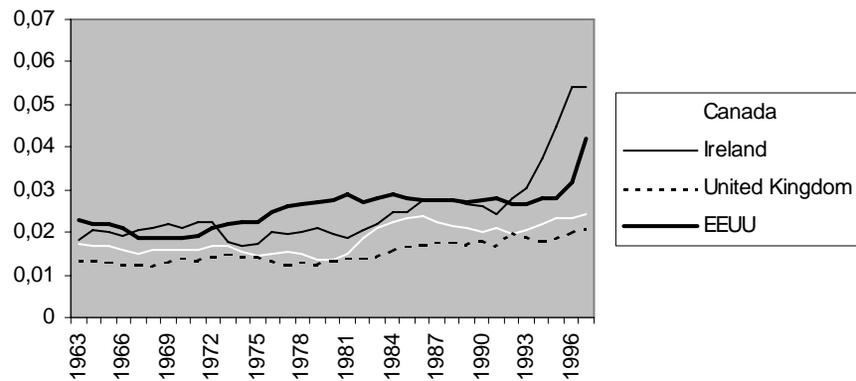
**Socialdemocrats**



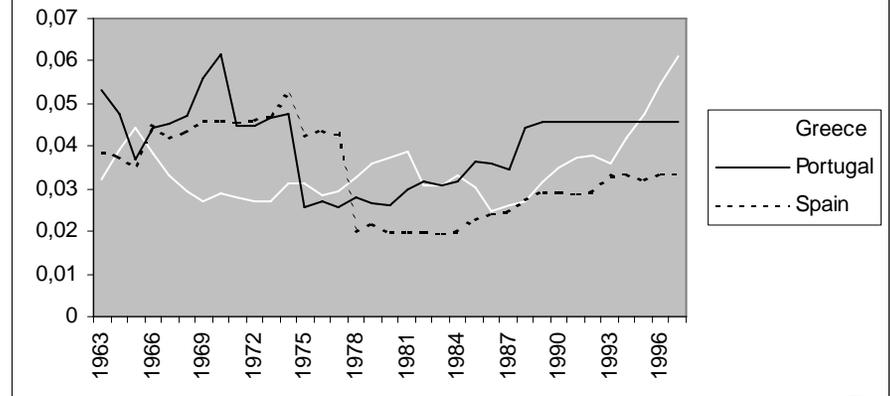
**Christian Democrats**



**Liberals**



**Ex-Dictatorships**



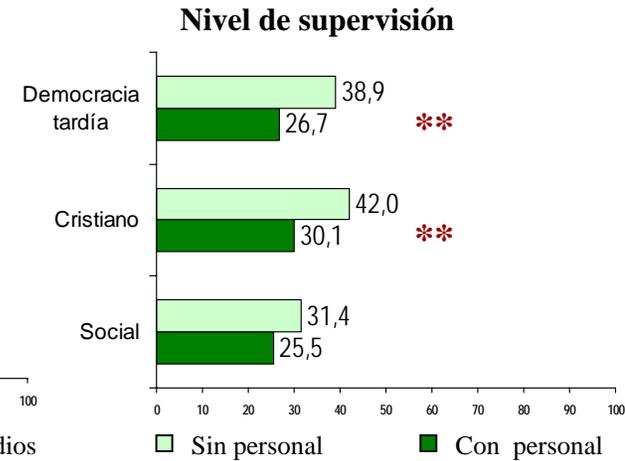
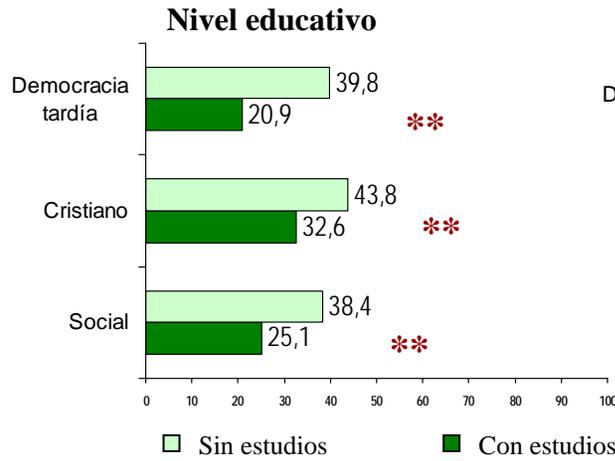
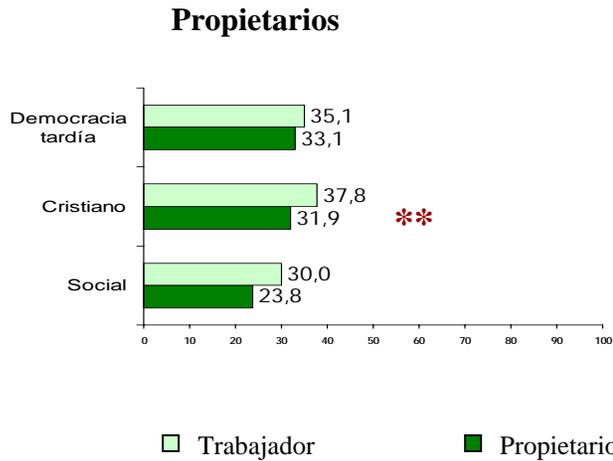
# Correlaciones entre la mortalidad infantil y las variables independientes. 17 países OECD

	Infant Mortality Rate					
	1972	1977	1982	1987	1992	1996
<b>Power Relations</b>						
- Left time governing cum.	-0.472*	-0.546*	-0.464*	-0.352	-0.607**	-0.747**
- Left vote	-0.525**	-0.650**	0.460*	0.225	-0.098	0.058
- Voter turnout	-0.541**	-0.579**	0.076	-0.046	-0.085	-0.285
<b>Labor Market</b>						
- % Active population	-0.497*	-0.329	-0.456*	-0.292	-0.408	-0.235
- % Female labor force	-0.269	-0.312	-0.381	-0.207	-0.301	-0.454*
- Unemployment rate, male	0.215	-0.064	0.097	-0.106	0.036	-0.216
- Unemployment rate, women	0.813**	0.207	0.603**	0.273	0.352	0.079
<b>Welfare State</b>						
- Health Public Expenditure	-0.237	-0.579**	-0.604**	-0.761**	-0.734**	-0.676**
- Health care cov.	-0.541**	-0.506**	-0.061	-0.065	-0.251	-0.366
<b>Inequalities</b>						
- Theil index	0.739**	0.748**	0.693**	0.741**	0.790**	0.772**
- GDP per capita	-0.531**	-0.615**	-0.527**	-0.490**	-0.307	-0.229

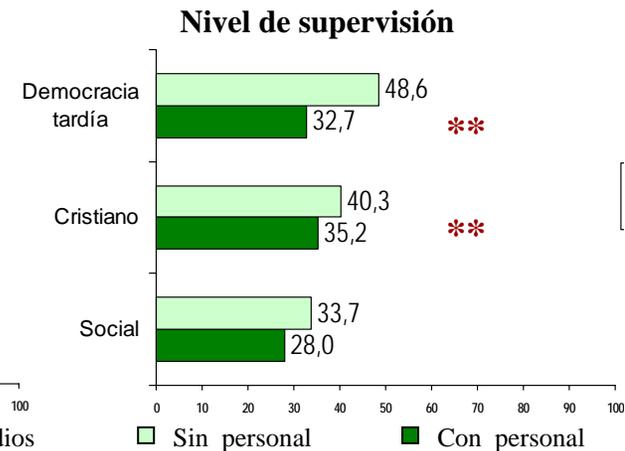
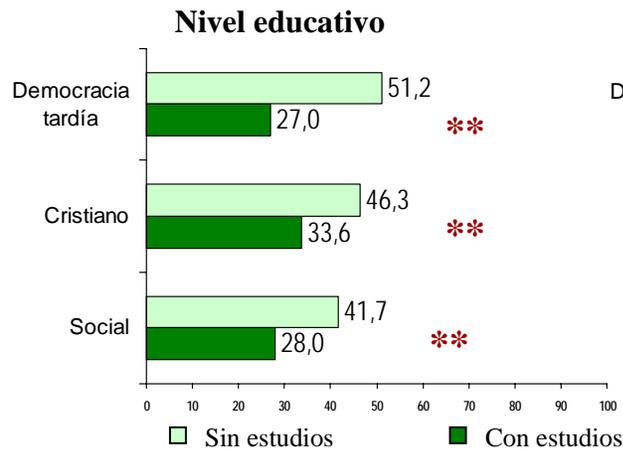
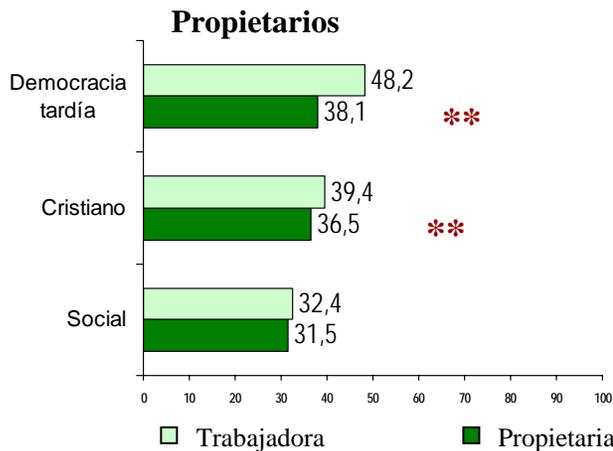


# Prevalencias de mala salud (estandarizada por edad %) según la dimensión de clase social en las tradiciones políticas (Espelt et al)

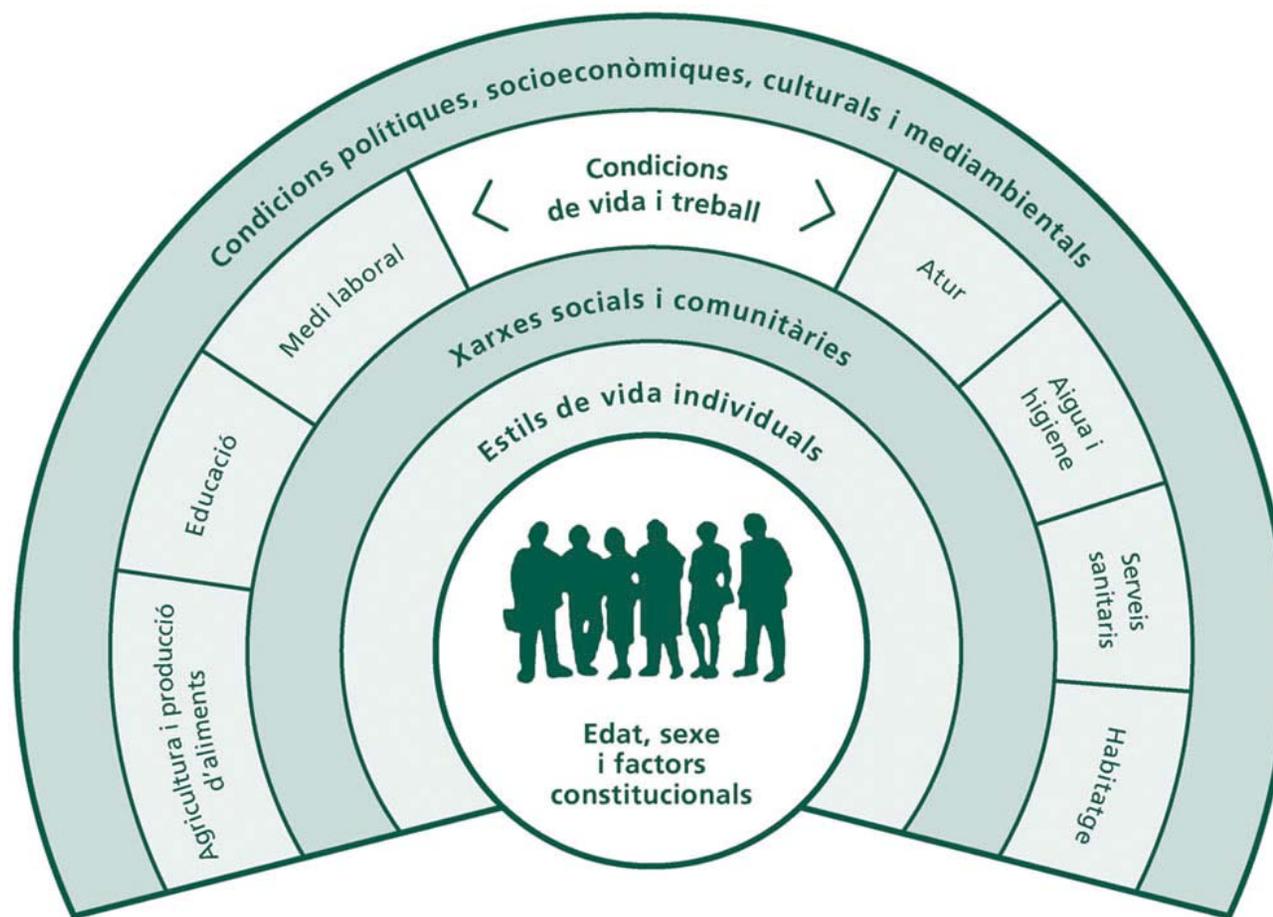
## Hombres



## Mujeres



# Modelo de los determinantes de la salud de Dalghren y Whitehead, 1991

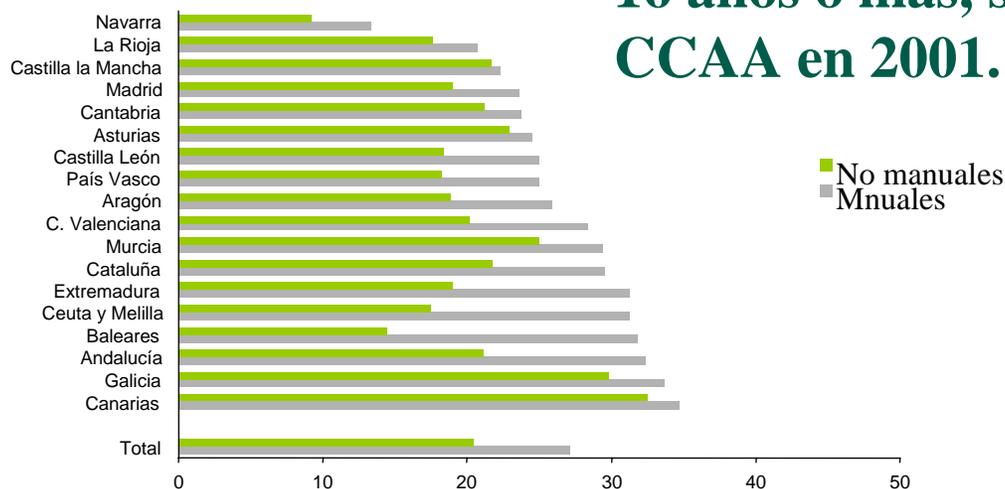


Fuente: Dalghren y Whitehead, 1991.

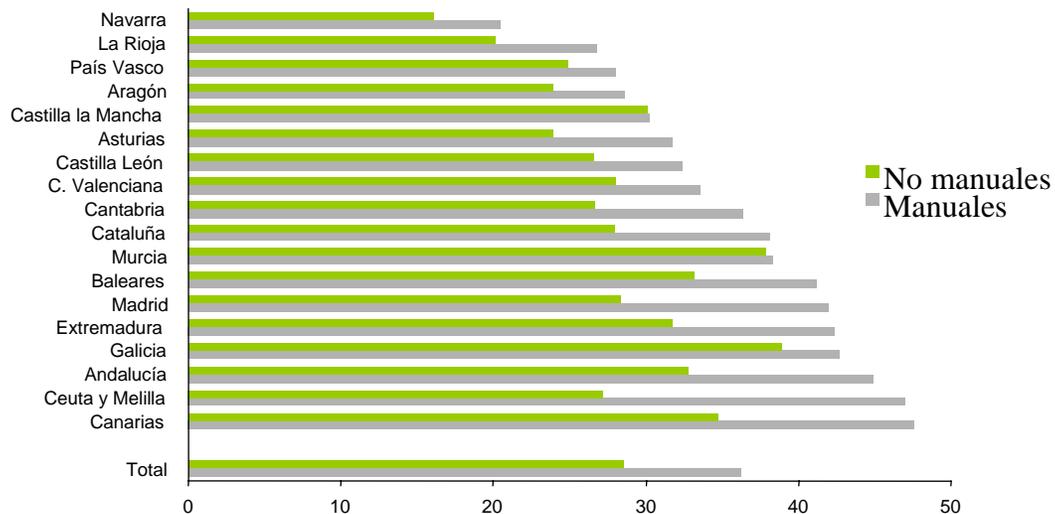


# Mala salud percibida, en hombres y mujeres de 16 años o más, según la clase social, en las CCAA en 2001. % estandarizados por edad

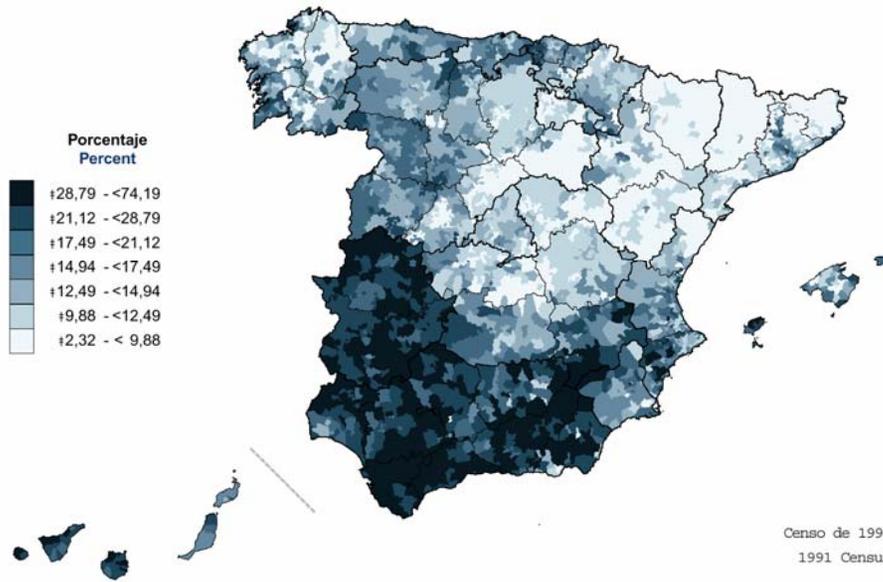
## Hombres



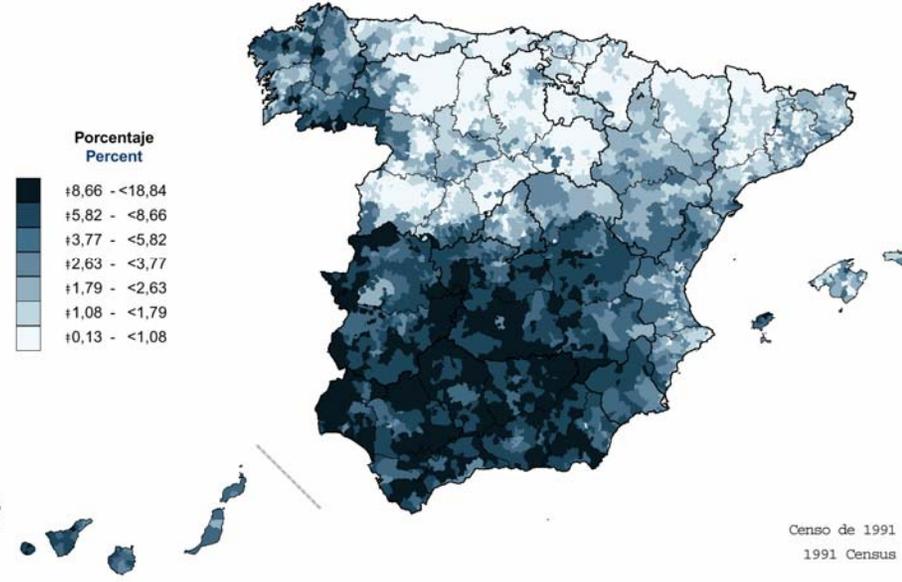
## Mujeres



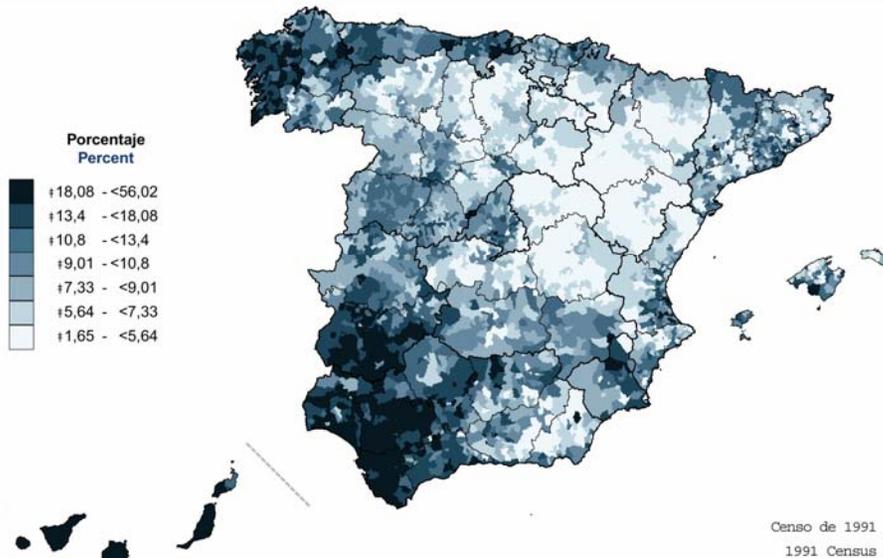
**Desempleo**  
Unemployment



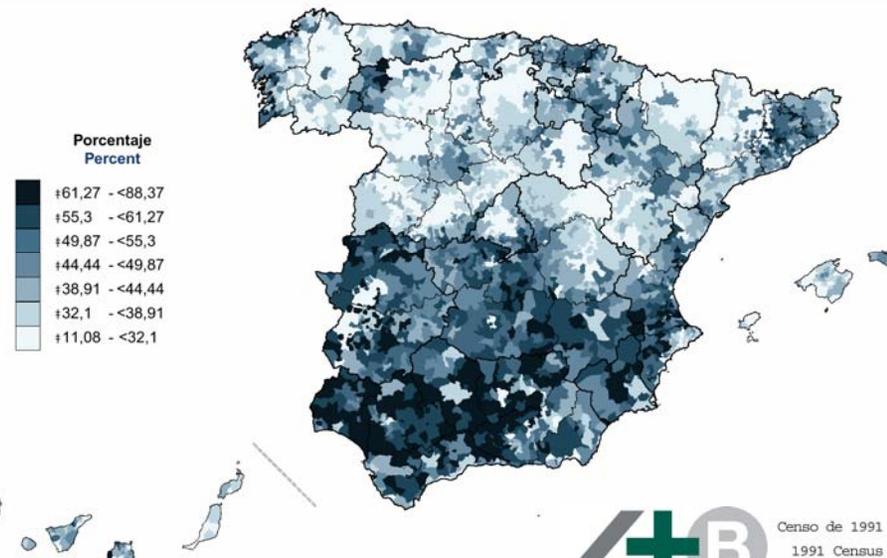
**Analfabetismo**  
Illiteracy



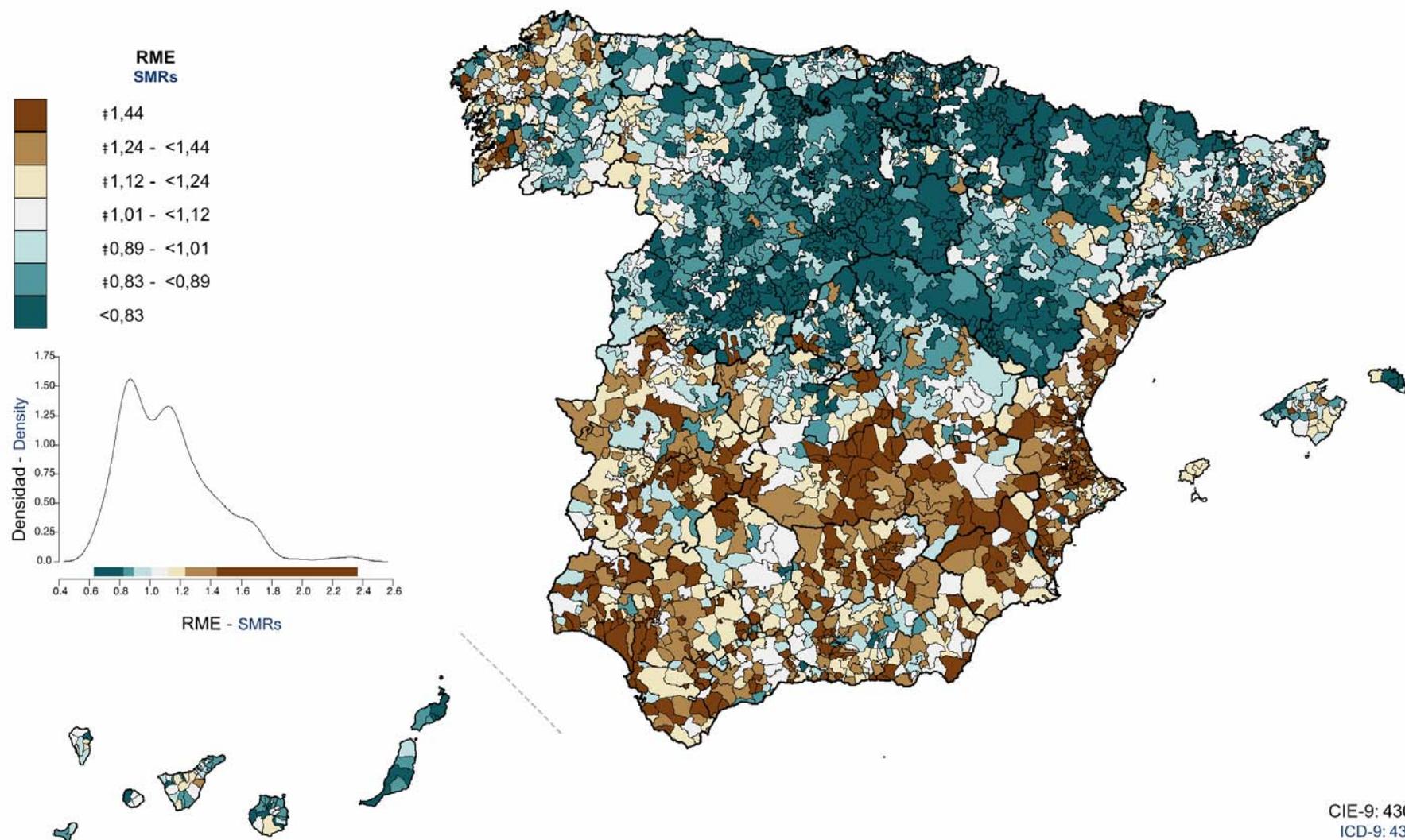
**Hacinamiento**  
Overcrowding



**Trabajadores manuales**  
Manual workers



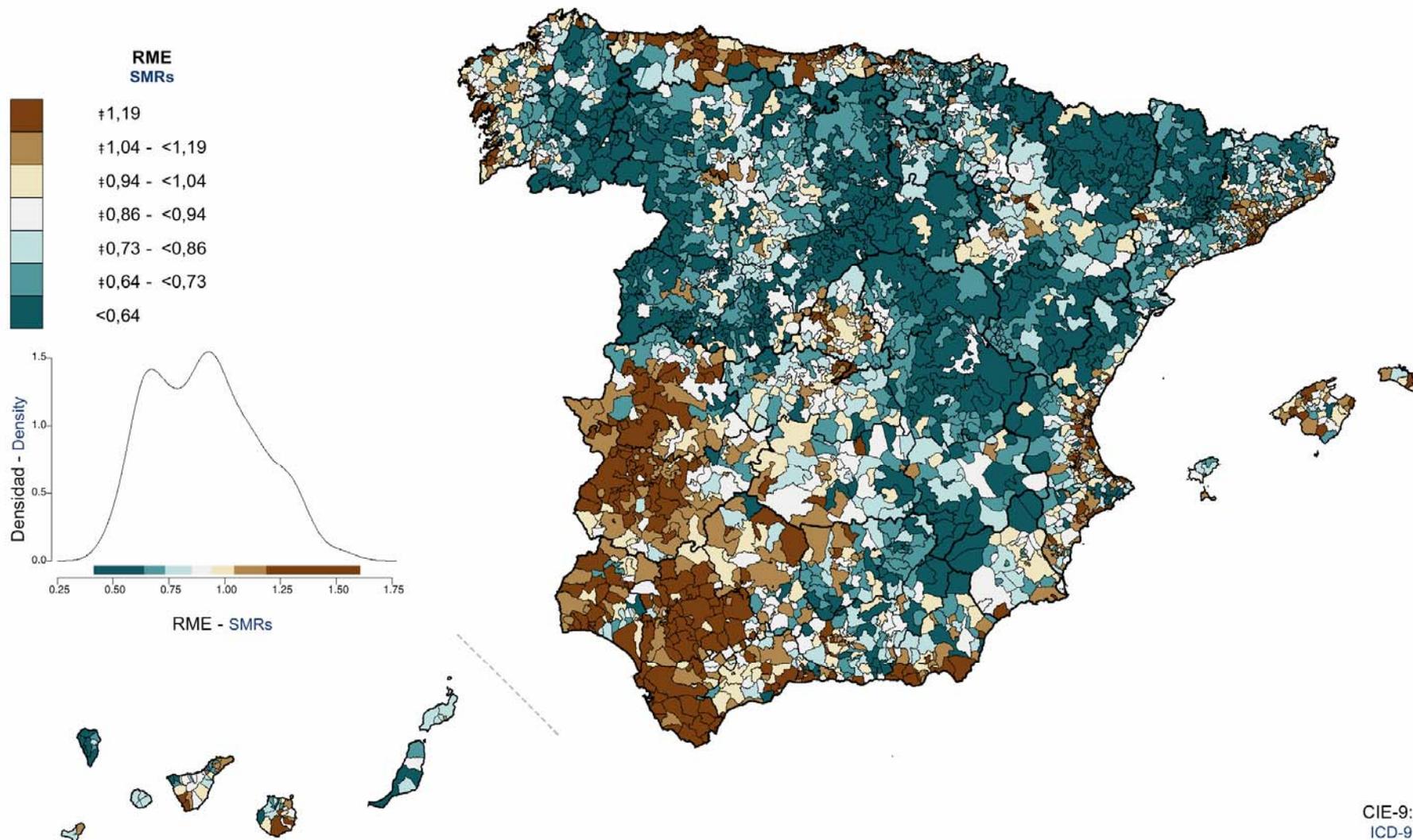
Fuente: Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de España.



CIE-9: 430-438  
ICD-9: 430-438



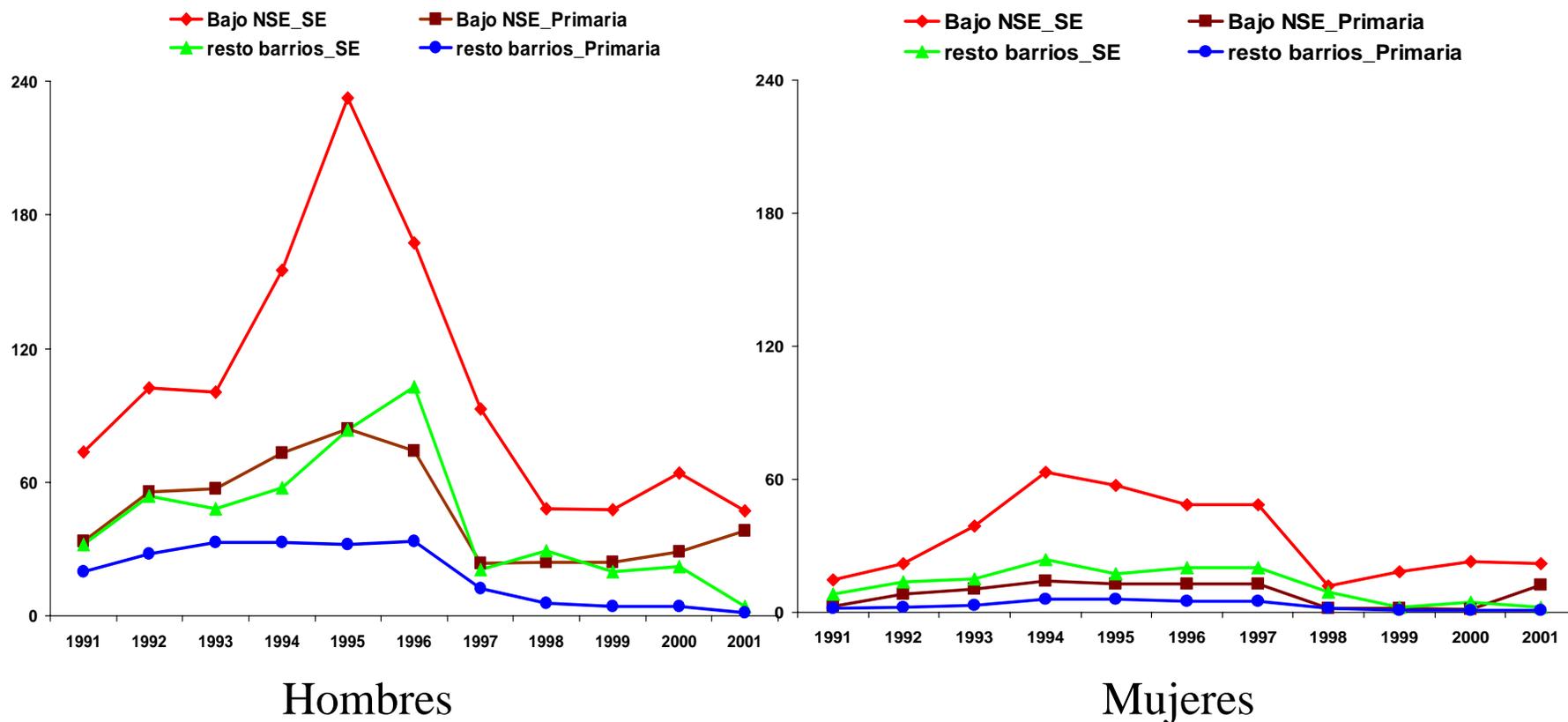
Fuente: Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de España.



Fuente: Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de España.



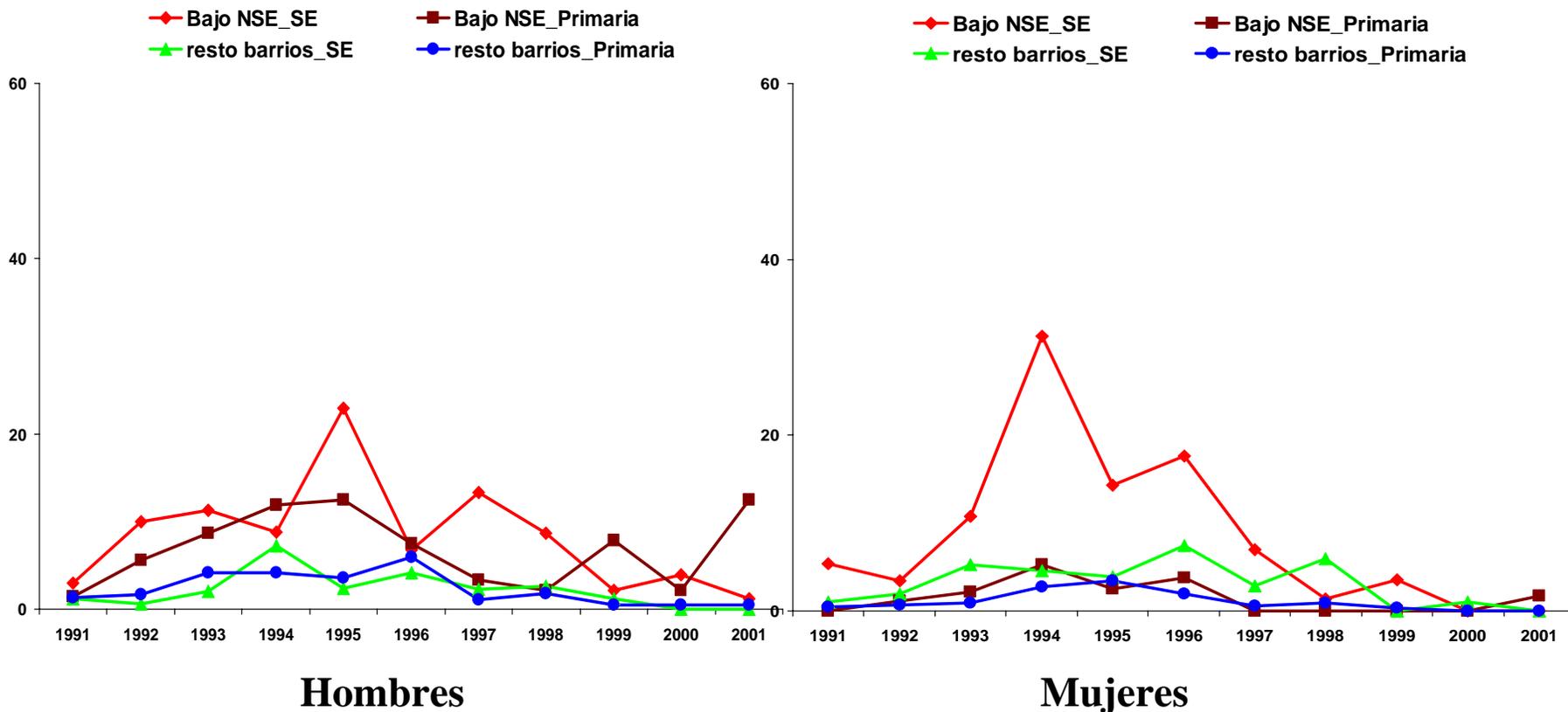
# Tasas mortalidad por 100.000 hab por sida, estandarizadas por edad, según nivel socioeconómico. Barcelona 1991-2001



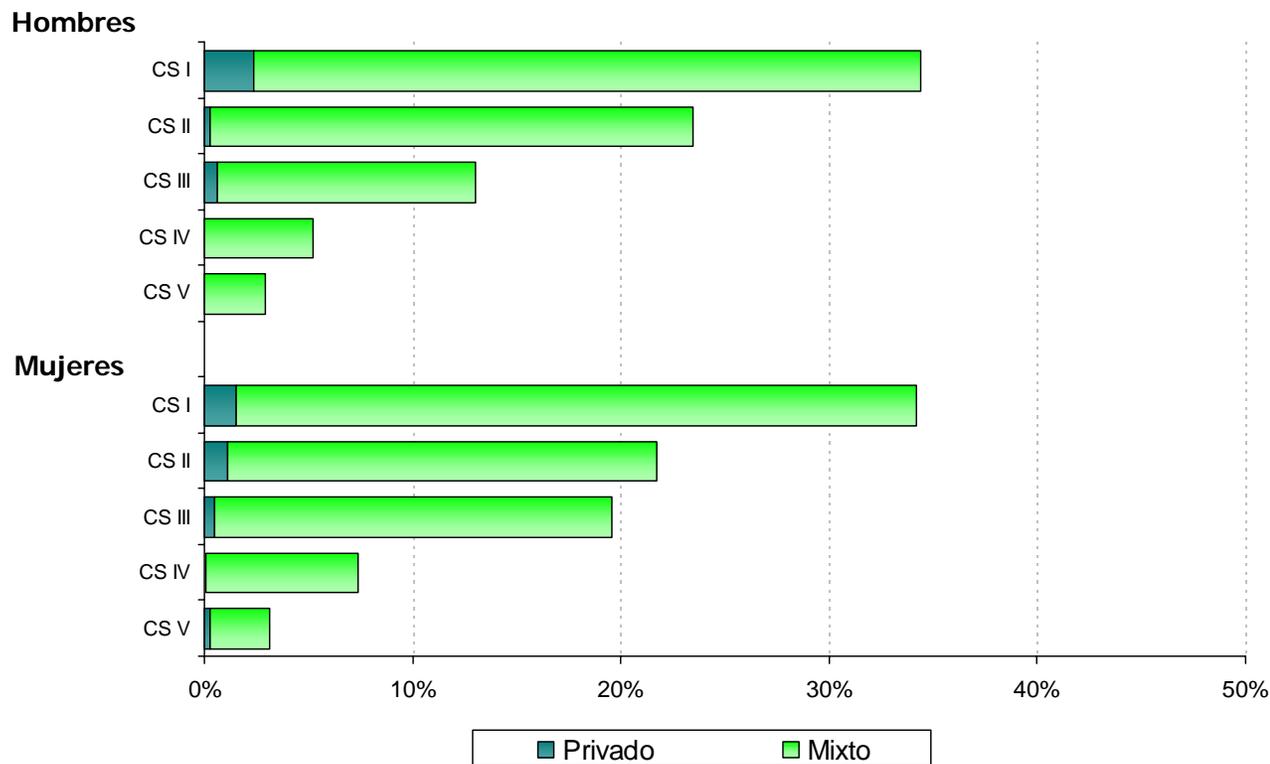
Fuente: Borrell et al, EJPH, 2006



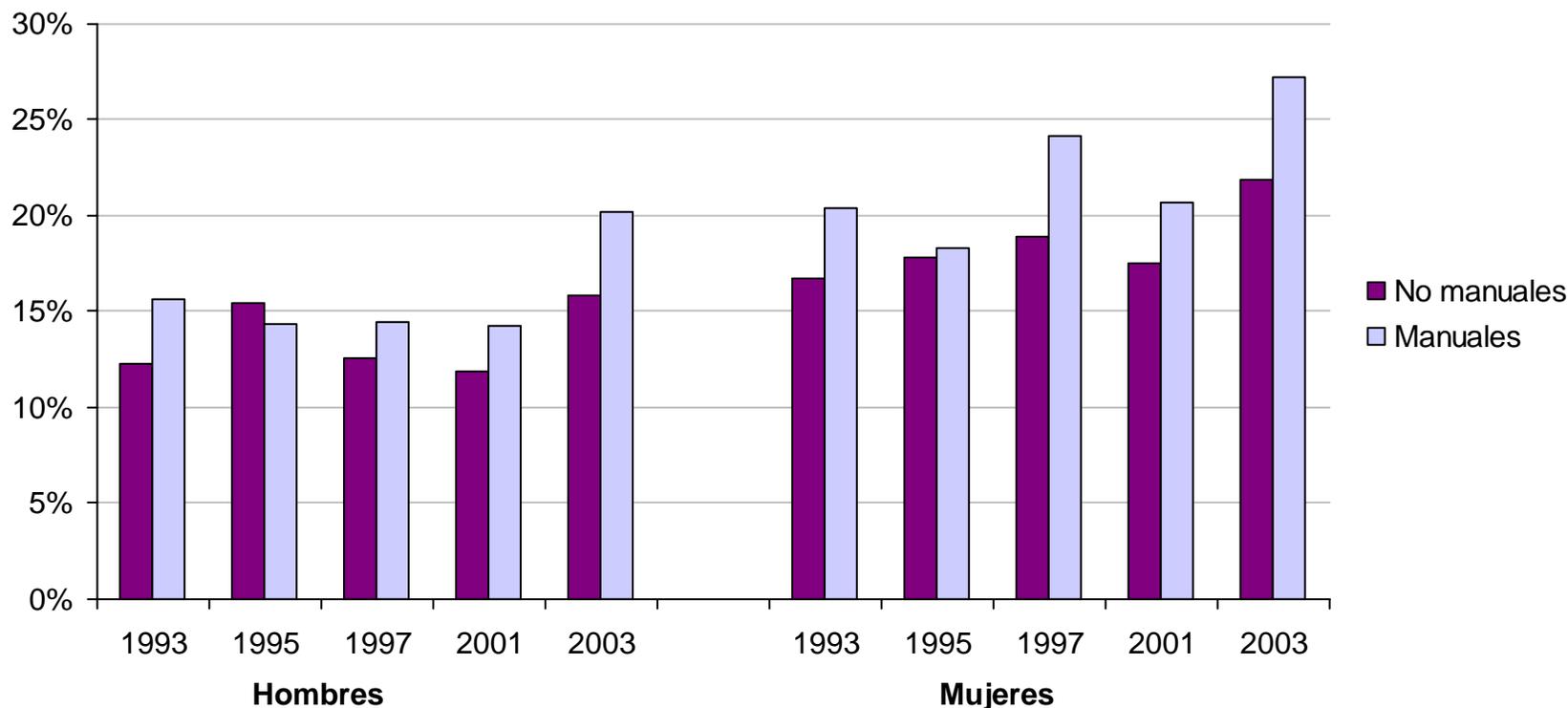
# Tasas mortalidad por 100.000 hab por sida en transmisión heterosexual, estandarizadas por edad, según nivel socioeconómico. Barcelona 1991-2001.



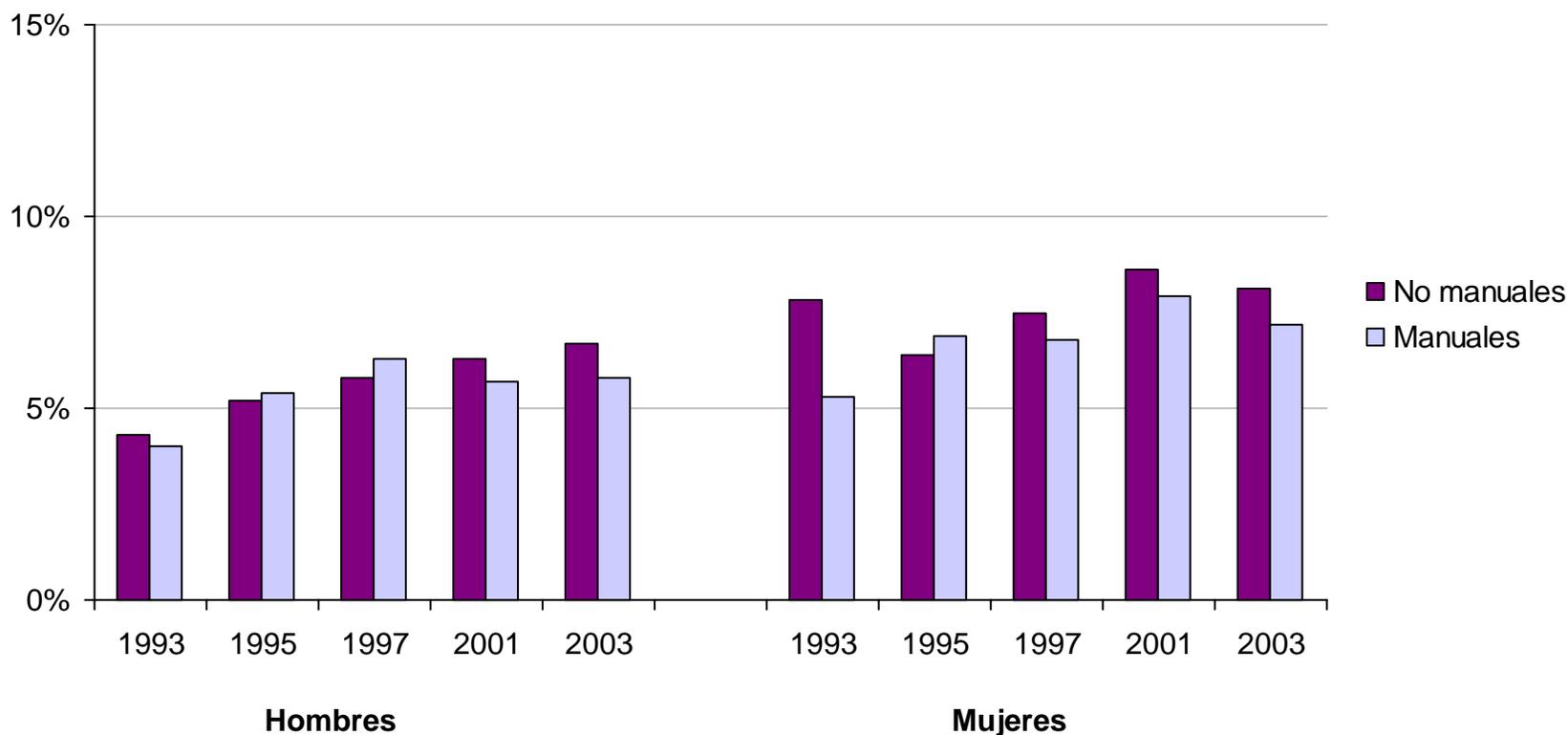
# Distribución de la prevalencia de la cobertura privada y mixta según la clase social, en hombres y mujeres, en el Estado Español el año 2003.



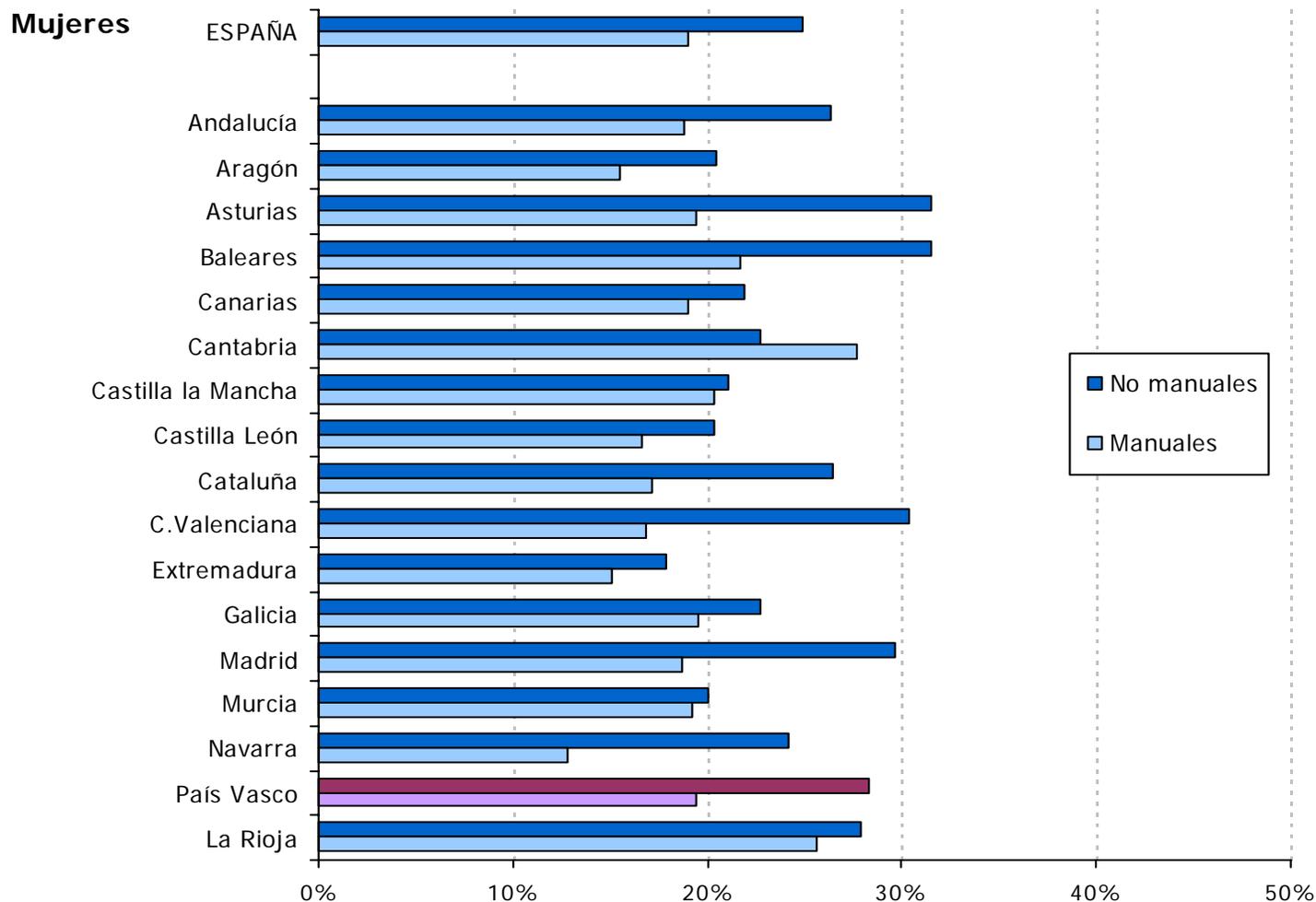
# Evolución de la prevalencia de visitas al médico general según la clase social, en hombres y mujeres, en Estado Español de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



# Evolución de la prevalencia de visitas al médico especialista según la clase social, en hombres y mujeres, en Estado Español de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



# Distribución de las prevalencias de visitas al dentista según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de Estado Español el año 2003.



# Investigación y políticas en desigualdades socioeconómicas en salud. Estado Español, 1970-2006

<b>1970-1980</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No se hace investigación en desigualdades económicas en salud.</li><li>• Las desigualdades en salud son invisibles.</li></ul>
<b>1981-1987</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Progreso en la investigación sobre desigualdades en salud.</li><li>• Primera intervención para reducir las desigualdades (ciudad de Barcelona, 1987).</li><li>• Casi-universalidad de muchos servicios de salud.</li></ul>
<b>1988-1996</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El Ministerio de Sanidad del Estado español nombra una comisión para estudiar las desigualdades socioeconómicas en salud siguiendo el modelo del “Informe Black”.</li></ul>
<b>1997-2006</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguna administración promueve investigación institucional.</li><li>• Algunos grupos de investigación publican trabajos.</li><li>• La divulgación sobre desigualdades en salud no trasciende a los debates políticos.</li><li>• Las desigualdades en salud prácticamente no están en la agenda política.</li></ul>



# 10 principios para la acción

1. Es necesario mejorar la salud de los desfavorecidos
2. Se han de utilizar los 3 métodos descritos:
  - Focalización en la pobreza,
  - Disminución de las desigualdades entre los que tienen más y menos,
  - Reducción de las desigualdades teniendo en cuenta a toda la población.
3. Las políticas de salud han de mejorar la salud de la población y disminuir las desigualdades.
4. Es necesario actuar sobre los determinantes de las desigualdades.
5. Las políticas nocivas se han de monitorizar.

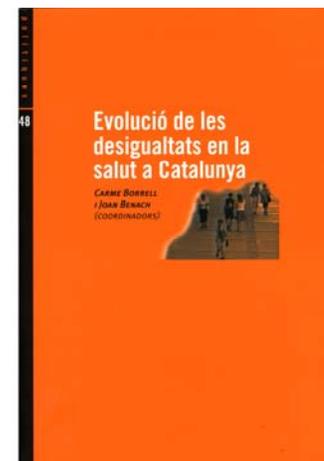
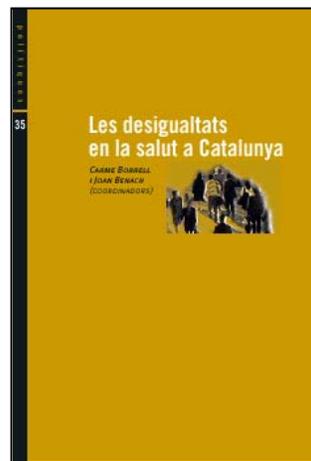


# 10 principios para la acción (2)

6. Es necesario medir las desigualdades con instrumentos apropiados.
7. Es necesario dar voz a las personas más desfavorecidas.
8. Es necesario analizar las desigualdades en salud de forma separada para hombres y mujeres.
9. Es necesario tener en cuenta la raza / étnia y el área geográfica.
10. Los sistemas de salud se deben regir por principios de equidad (servicios de salud para toda la población).



# Recomendaciones informes CAPS / Fundació J. Bofill. Catalunya



<b>Líneas generales</b>	
<b>DIFUSION DE INFORMACION Y FORMACION</b>	<b>Conocimiento y sensibilidad de profesionales, agentes sociales y sociedad.</b>
<b>SISTEMAS DE INFORMACION</b>	<b>Disponibilidad datos fiables y relevantes.</b>
<b>INVESTIGACION CIENTIFICA</b>	<b>Conocimiento específico y riguroso.</b>
<b>ACCIONES E INTERVENCIONES POLITICAS</b>	<b>Voluntad, participación y consenso político.</b>