



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
CURSOS DE VERANO
EL ESCORIAL
Salud y Equidad 20, 21 y 22 de julio 2005

Mesa Redonda: Determinantes de la equidad en salud

Desigualdades socioeconómicas en salud
Medición y Evidencia empírica

Alexandrina P. Stoyanova
Universitat Pompeu Fabra
Centre de Recerca en Economia del Benestar (CREB)

¿Por qué nos preocupa la equidad?

- ✓ Principios éticos. Todos los individuos son moralmente iguales.
- ✓ Razones de eficiencia. Las desigualdades en salud son malas para la salud de las naciones. La mala salud está relacionada con la pobreza y tasas bajas de crecimiento económico.
- ✓ El objetivo de equidad es, junto con el objetivo de eficiencia, uno de los objetivos fundamentales y clásicos de la política de los gobiernos en casi todos los países.



¿A qué nos referimos cuando hablamos de equidad?

- ✓ El concepto de equidad no es una cuestión de altruismo o preferencias.
- ✓ La equidad es un derecho. El derecho de cada individuo a tener igual oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud.
- ✓ La equidad se basa en los principios éticos de la justicia distributiva: ¿cómo distribuye la sociedad los recursos escasos entre los individuos?
- ✓ La equidad implica que el acceso a los recursos sanitarios ha de separarse o independizarse de la capacidad de pago de cada individuo.
- ✓ Se trata de igualdad, pero ¿igualdad en qué?

Preocupaciones y dilemas incómodos

- ✓ ¿Es el derecho a la salud una demanda moral de contenido ilimitado?
- ✓ ¿Requiere la equidad que todos los individuos tengan acceso inmediato a los nuevos avances tecnológicos? ... ¿Incluidos aquellos que no podrían beneficiarse de ellos?
- ✓ ¿Son todas las desigualdades en salud injustas? ... ¿Queremos que todo el mundo obtenga toda la atención sanitaria que necesite independientemente de las circunstancias que le han llevado a necesitarla y que pueden haber sido de su entera voluntad?
- ✓ ¿Importa sólo el resultado final, o importa también el proceso por el que se reducen las desigualdades en salud?
- ✓ ¿Importa sólo la salud y la sanidad, o también importan otras cosas?

Principios de distribución y justicia social

- ✓ JEREMY BENTHAM (Utilitarismo): Una distribución se considera equitativa si contribuye a la “mayor felicidad para el mayor número” independientemente de las características de los individuos ni la distribución interpersonal (la desigualdad en los niveles actuales de “felicidad”).
- ✓ JOHN RAWLS (El principio de maximin o principio de la diferencia): El bienestar de la sociedad mejora solo si mejora la situación de los miembros más desfavorecidos de la sociedad. A pesar de que el principio introduzca la aversión a la desigualdad y parezca conducir a la reclamación de distribuciones igualitarias, también puede albergar grandes desigualdades. Las desigualdades pueden ser buenas para la sociedad (“desigualdad justa”).

Principios de distribución y justicia social

- ✓ AMARTYA SEN: Las políticas deben garantizar la igualdad de ciertas “capacidades” esenciales para la vida y la oportunidad de libre elección del estilo de vida individual. La salud es una de estas condiciones más importantes de la vida y es crucial para conformar las oportunidades o capacidades y las libertades de las personas.
- ✓ RONALD DWARKIN: El objetivo debería ser la distribución igualitaria de aquellos recursos que no dependen de las preferencias individuales. Es el pionero en intentar combinar los principios igualitaristas con los aspectos de la responsabilidad individual.



Principios de distribución y justicia social

- ✓ JOHN ROMER: Las políticas deben basarse en el principio de igualdad de oportunidades. La igualdad de oportunidades implica, en la mayoría de los casos, asignar cantidades desiguales de ciertos recursos relevantes (ingresos, educación, salud, etc.), con la finalidad de permitir que los individuos de una sociedad tengan la misma oportunidad de alcanzar algún resultado predeterminado.
- ✓ KARL MARX: “De cada uno según sus posibilidades, a cada uno según sus necesidades”

¿Por qué no existe una definición de consenso sobre la equidad?

- ✓ ¿Qué responsabilidad deberían tener los individuos?
- ✓ La información relevante a la hora de juzgar si algo es o no equitativo puede ser de muchos tipos:
 - el conjunto de individuos a tener en cuenta
 - el conjunto de bienes a repartir y el conjunto de repartos posibles
 - las características de los bienes y sus consecuencias para el individuo (por ejemplo, la capacidad inmunizadora de una vacuna)
 - el método de reparto
 - el esfuerzo con que ha contribuido cada uno de los beneficiarios potenciales del reparto.

El difícil problema de repartir 12 peras y 12 naranjas entre 2 individuos

Fuente: Salvador Barberá, "Algunas dificultades en torno al concepto de equidad", AES, 1988.

Cantidad de vitamina F que puede aprovechar :

- Sr. A: 100 mg. por cada pera, 0 mg. por cada naranja
- Sr. B: 50 mg. por cada fruta, pera o naranja

I	Sr. A	Sr. B
Peras	12	0
Naranjas	0	12
Vit. F	1200	600

II	Sr. A	Sr. B
Peras	8	4
Naranjas	0	12
Vit. F	800	800

III	Sr. A	Sr. B
Peras	6	6
Naranjas	6	6
Vit. F	600	600

IV	Sr. A	Sr. B
Peras	9	3
Naranjas	0	12
Vit. F	900	750

El difícil problema de repartir 12 peras y 12 naranjas entre 2 individuos

Fuente: Salvador Barberá, "Algunas dificultades en torno al concepto de equidad", AES, 1988.

Cantidad de vitamina F que puede aprovechar :

- Sr. A: 100 mg. por cada pera, 0 mg. por cada naranja
- Sr. B: 50 mg. por cada fruta, pera o naranja

I	Sr. A	Sr. B	Total
Peras	12	0	
Naranjas	0	12	
Vit. F	1200	600	1800

II	Sr. A	Sr. B	Total
Peras	8	4	
Naranjas	0	12	
Vit. F	800	800	1600

III	Sr. A	Sr. B	Total
Peras	6	6	
Naranjas	6	6	
Vit. F	600	600	1200

IV	Sr. A	Sr. B	Total
Peras	9	3	
Naranjas	0	12	
Vit. F	900	750	1650



¿Cómo definimos (in)equidad en salud?

- ✓ La equidad en salud implica que todos los individuos tengan las mismas oportunidades de alcanzar su pleno potencial de salud. A.Sen
- ✓ “*Las inequidades en salud son aquellas diferencias (desigualdades) que son innecesarias, evitables, injustas e intolerables*”. M.Whitehead
- ✓ Igualdad no es sinónimo de equidad y no todas las desigualdades en salud son no equitativas. Las desigualdades que más preocupan son las desigualdades socioeconómicas.
- ✓ La (des)igualdad es un hecho estadístico que se puede medir. Por el contrario, la equidad es un concepto que conlleva interpretaciones y juicios, lo que hace difícil su medición.

¿Existen las desigualdades en salud?

El comienzo ...



¿Existen las desigualdades en salud?

El Informe Black (1980)

- ✓ Los objetivos eran: 1) recopilar toda la información existente sobre desigualdades sociales en salud, 2) identificar posibles relaciones causales y 3) sugerir políticas y vías futuras de investigación.
- ✓ El diagnóstico fue contundente: A pesar de los 40 años de existencia del SNS británico la brecha de desigualdad entre las clases sociales había aumentado. La salud de los pobres había mejorado, pero la de los ricos había mejorado mucho más. Los hombres y mujeres de la clase ocupacional más baja (trabajadores no cualificados) tenían el doble de probabilidad de morir antes de llegar a la edad de jubilación que sus congéneres de la clase social más alta (profesionales).
- ✓ Las recomendaciones básicas eran dirigidas a la superación de la pobreza y mejora de las condiciones de vida de las clases sociales más desfavorecidas.

¿Existen las desigualdades en salud?

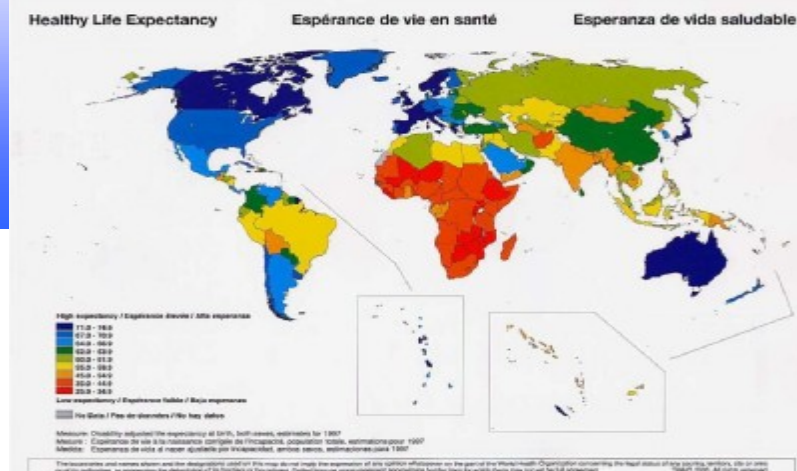
... las consecuencias

Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) en diferentes partes del mundo. Año 1990.

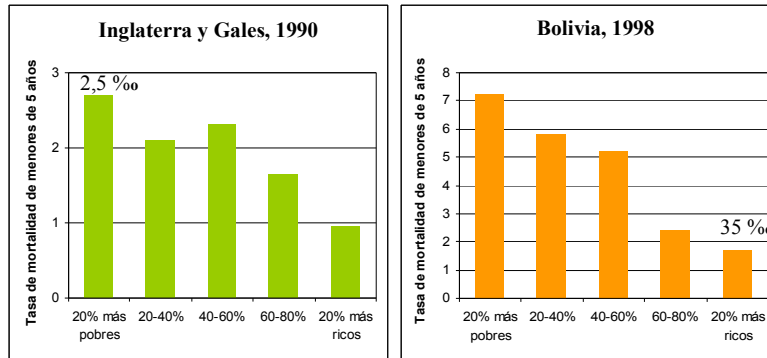
	EV		EVLD	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Países desarrollados	73,4	80,5	67,4	73,9
Europa de Este	65,7	74,8	59,4	67,8
China	66,2	69,8	59,5	62,2
América Latina y Caribe	65,8	70,3	57,6	61,9
Asia	60,8	64,9	53,7	56,9
Oriente medio	60,3	63,4	53,6	55,8
India	57,9	59,1	51,0	51,5
África Subsahariana	48,4	51,0	41,0	43,4

Fuente: Murray y López (1997)

Desigualdades mundiales en la esperanza de vida saludable



Diferencias “entre” ... y “dentro de” países



Fuente: A Wagstaff, “El gasto sanitario y la ayuda como vías para salir del círculo vicioso entre pobreza y salud”. Humanitas, Humanitas médicas, vol.1, núm. 3, p.83-90 Julio-sept. 2003

Las diferencias “dentro de” cada país son similares, PERO los niveles son muy diferentes: la tasa de mortalidad del quintil más bajo de renta en Inglaterra y Gales es mucho más baja (2,5 por 1000) que la del quintil de renta más alto en Bolivia (35 por 1000).

Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas según la clase social, hombres 20-64 años, Inglaterra y Gales

Categoría	All causes tasa por 100,000			Lung cancer tasa por 100,000			
	Year	1970-73	1979-83	Year	1970-73	1979-83	1994-97
I - Profesional	199	172	206	I - Profesional	41	29	43
II - Managerial & technical	225	121	206	II - Managerial & technical	52	39	41
III(N) - Skilled (non-manual)	337	125	436	III(N) - Skilled (non-manual)	53	47	54
III(M) - Skilled (manual)	333	186	402	III(M) - Skilled (manual)	90	72	51
IV - Partly skilled	711	639	492	IV - Partly skilled	93	76	52
V - Unskilled	837	616	808	V - Unskilled	130	116	85
England and Wales	526	549	415	England and Wales	73	60	39

Fuente: Acheson Report, 1998

Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas según la clase social, hombres 20-64 años, Inglaterra y Gales

Coronary heart disease rate per 100,000				Stroke rate per 100,000					
Social class	Year	1949-52	1969-73	1981-90	Social class	Year	1949-52	1975-80	1991-95
I - Professional		151	144	81	I - Professional		32	20	14
II - Managerial & Technical		187	168	92	II - Managerial & Technical		57	27	19
III(M) - Skilled (non-manual)		216	208	136	III(N) - Skilled (non-manual)		41	28	19
III(S) - Skilled (manual)		252	238	150	III(M) - Skilled (manual)		47	34	24
IV - Partly skilled		232	227	156	IV - Partly skilled		35	37	25
V - Unskilled		248	287	235	V - Unskilled		50	55	45
England and Wales		206	201	127	England and Wales		40	30	20

Fuente: Acheson Report, 1998

Resumiendo ...

- ✓ Las desigualdades existen, y favorecen a los de mayor estatus social.
- ✓ La magnitud de las desigualdades sociales en salud es enorme (para cualquier indicador socioeconómico y para diferentes tipos de indicadores de salud).
- ✓ Las desigualdades socioeconómicas en salud no son un fenómeno exclusivo de la comparación entre países ricos y países pobres. Las desigualdades existen incluso en los países de distribución de la renta más igualitaria.
- ✓ Las desigualdades sociales en salud están aumentando.
- ✓ Las desigualdades sociales en salud se producen y se mantienen a lo largo del ciclo vital, incluida la vejez.

Los mecanismos de transmisión de la desigualdad económica a la desigualdad en salud

- ✓ **La hipótesis de la renta absoluta.** Es el propio hecho de poseer más o menos renta individual o nivel de bienestar material lo que causa las desigualdades en salud. Porque dicha renta confiere más o menos capacidad de disfrutar más y/o mejores bienes y servicios beneficiosos para la salud (mejor educación, menor prob. de estar desempleado, etc.) (Mackenbach, Wagstaff).
- ✓ **La hipótesis de la renta relativa.** La salud de los individuos depende no sólo de su renta absoluta, sino de la desviación de su nivel de ingresos respecto de la renta media de la sociedad en la que viven (Wilkinson).
- ✓ **La hipótesis del “capital social”.** La desigualdad económica es, en sí misma, perjudicial para la salud. Los mecanismos mediadores se hallan en ciertos determinantes sociales (la cultura, el acceso a la educación, la organización social y política y el grado de participación de los ciudadanos) más que en variables psicológicas individuales.

Esperanza de vida vs. PIB, 1999.

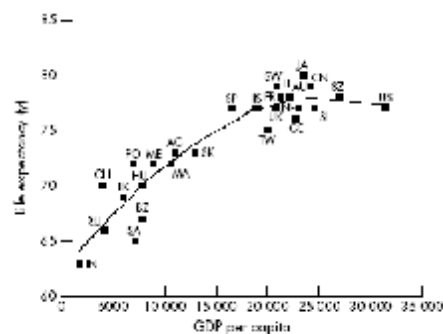


Figure 1. Life expectancy compared with GDP per capita for selected countries. Source: The Economist Intelligence Unit, 1999. The country codes are as follows: AG=Argentina, AU=Australia, BZ=Brazil, CH=China, CN=Canada, FR=France, GE=Germany, HU=Hungary, IN=India, IS=Israel, IT=Italy, JA=Japan, MA=Malaysia, ME=Mexico, NE=Netherlands, PL=Poland, RU=Russia, SA=South Africa, SI=Singapore, SK=South Korea, SP=Spain, SW=Sweden, SZ=Switzerland, TK=Turkey, NY=Taiwan, UK=United Kingdom, US=United States.

Fuente: Chang, 2002, "The meaning and goals of equity in health"



¿Cómo medir las desigualdades?

Existen distintos métodos de medición de las desigualdades en salud. Sin embargo, no hay una medida ideal. Cada indicador tiene sus ventajas y limitaciones. La elección del indicador debe ser coherente con el marco teórico y los objetivos de la investigación.

Características de las medidas:

- 1) Reflejar o no la dimensión socioeconómica en el análisis
- 2) Disponibilidad de datos agregados o individuales
- 3) Incorporar la información correspondiente a todos los grupos o a una parte de los grupos de la población
- 4) Sensibilidad a los cambios en la distribución y al tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica
- 5) Medidas absolutas o relativas

Cociente y diferencia entre indicadores de salud de dos grupos

Son indicadores simples que se utilizan para comparar la variable de interés (estado de salud, tasa de mortalidad o morbilidad, etc.) entre dos grupos socioeconómicos (clase social más baja y clase social más alta, individuos sin estudios y individuos con estudios universitarios, etc.).

Ej.1 Evolución de la desigualdad en salud en España entre 1987 y 2001

¿Había desigualdad en salud en España en 1987? ¿Y en 2001? ¿Ha aumentado o ha disminuido con el tiempo?

Estado de salud percibida regular, mala o muy mala. Encuestas Nacionales de Salud 1987 y 2001

Quintiles de renta	Coeficientes estandarizados por edad y sexo	
	1987	2001
Q1: 20% más pobres	0,2106	0,2822
Q2: 20-40%	0,2057	0,2307
Q3: 40-60%	0,1982	0,1933
Q4: 60-80%	0,1938	0,1689
Q5: 20% más ricos	0,1917	0,1248
	1	1

Cociente entre dos grupos (Q1 y Q5):

1987: $0,2106 / 0,1917 = 1,10$

2001: $0,2822 / 0,1248 = 2,26$

Diferencias entre los quintiles de renta más alta y más baja:

1987: $0,2106 - 0,1917 = 0,0189$

2001: $0,2822 - 0,1248 = 0,1573$

Riesgo atribuible poblacional (RAP)

El RAP, también conocido como fracción etiológica, es uno de los indicadores más utilizados en epidemiología. Esta medida permite estimar el cambio (absoluto o relativo) que se produciría en el indicador de salud en el caso hipotético de que toda la población tuviera el mismo nivel de salud que la clase social de referencia. En los estudios de desigualdades socioeconómicas en salud el grupo de referencia es el de mejor estatus social.

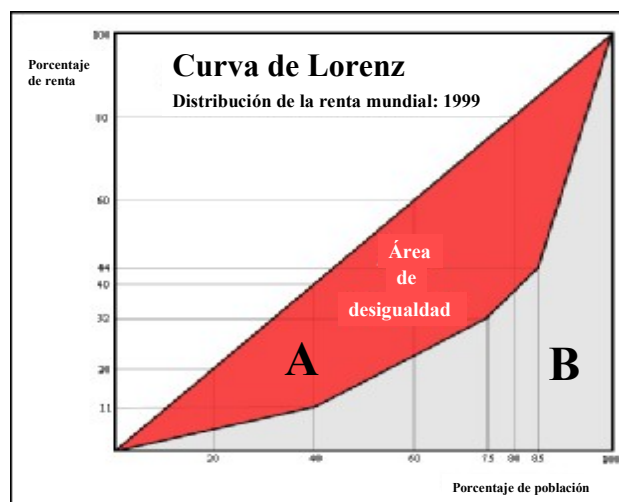
Curva de Lorenz y Coeficiente de Gini

La curva de Lorenz permite comparar la distribución empírica de una variable con su distribución uniforme (de igualdad), representada por el diagonal. Cuanto mayor es el área comprendida entre la curva y la diagonal, tanto mayor es el grado de desigualdad. El ejemplo clásico es la distribución de la renta en la población.

El coeficiente de Gini se deriva de la curva de Lorenz y representa la magnitud de la dispersión o desigualdad de la variable de interés. El coeficiente toma valores entre 0 (igualdad absoluta) y 1 (máxima desigualdad).

Distribución de la renta mundial: 1999

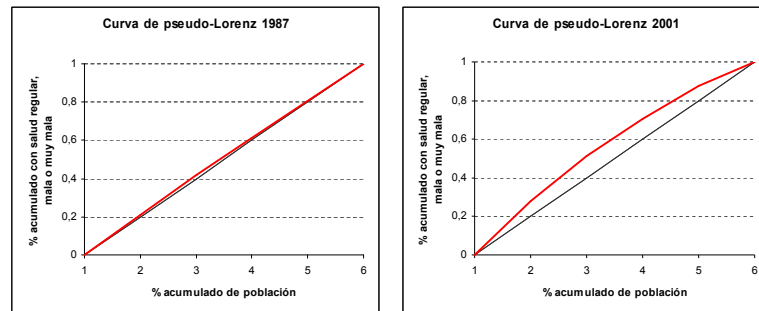
Curva de Lorenz y Coeficiente de Gini



$$G = \frac{A}{A+B}$$

Ej.2 Evolución de la desigualdad en salud en España entre 1987 y 2001 (contd.)

Ya sabemos que entre 1987 y el 2001 la desigualdad socioeconómica en salud en España ha aumentado. ¿Se obtiene la misma conclusión con la curva de pseudo-Lorenz y el pseudo-coeficiente de Gini?



Eje X: el porcentaje acumulado de población ordenada según nivel socioeconómico (Q1 → Q5)

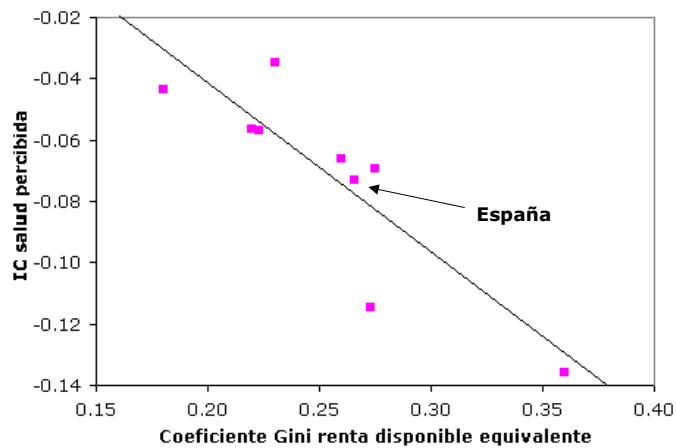
$$\text{pseudo-coeficiente de Gini} = \left[\sum_{j=0}^{j=4} (y_j + y_{j+1}) * (x_{j+1} - x_j) \right] - 1$$

Curva e índice de concentración

La curva de concentración es un caso particular de la curva de Lorenz cuando ordenamos la población, como en el ejemplo anterior, por renta, estatus socioeconómico o clase social, de más pobre a más rico. En consecuencia, la denominación “curva de concentración” pone específicamente de relieve las *desigualdades socioeconómicas* en salud.

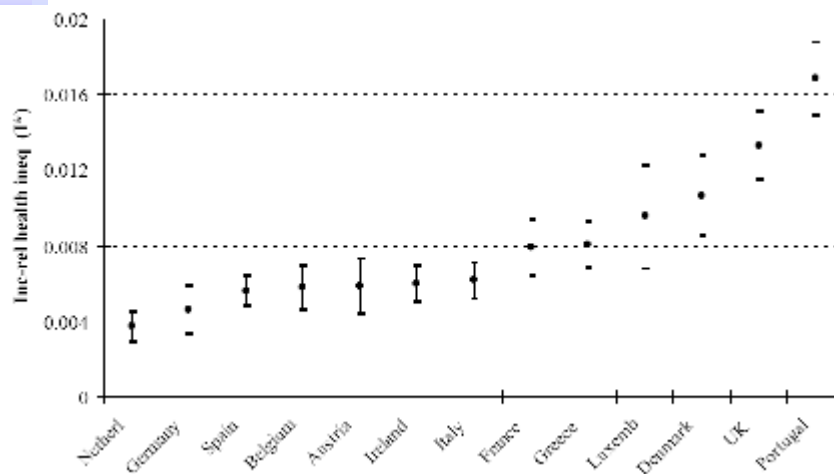
De una curva de concentración, se puede calcular su correspondiente índice de concentración (IC). Este se obtiene sumando las áreas entre la curva y la diagonal, a ambos lados de ésta (la curva de concentración puede perfectamente cruzar la diagonal). El IC varía entre -1 y +1. Los valores negativos indican áreas de desigualdad que están por encima de la diagonal y los positivos áreas por debajo de la diagonal.

Correlación entre la desigualdad en renta y la desigualdad en salud en ocho países europeos más Estados Unidos (1980)



Fuente: Van Doorslaer, Wagstaff et al., 1997, "Income-related inequalities in health: some international comparisons"

Desigualdad socioeconómica en la utilidad en salud por países



Fuente: Van Doorslaer and Koolman, 2004, "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries"

