



## Los determinantes de las desigualdades sociales en la salud

**Carme Borrell**  
**Agència de Salut Pública de Barcelona**

C S B Consorci Sanitari de Barcelona



## Importancia de las desigualdades socioeconómicas en salud

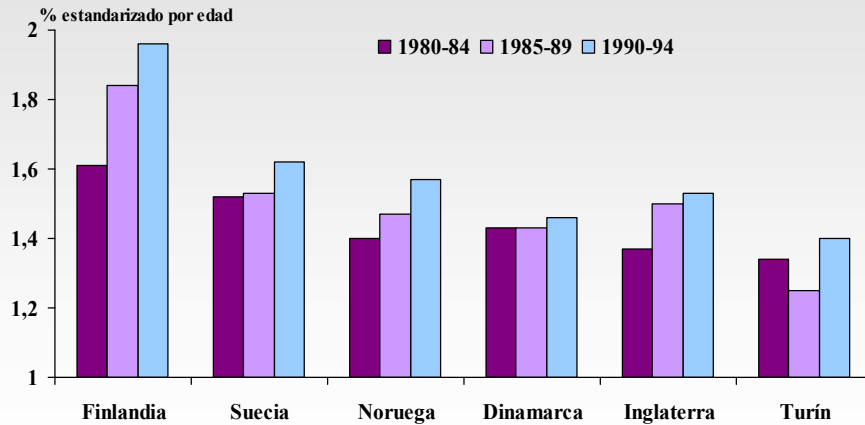
- Las desigualdades sociales en salud existen en todos los países y en forma de gradiente en la escala social.
- El impacto de las desigualdades sociales en salud es muy grande.
- Las desigualdades están aumentando.
- Hay pruebas suficientes que muestran como las desigualdades en salud se pueden reducir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

Fuente: Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud.  
Gaceta Sanitaria 1997;11:255-258



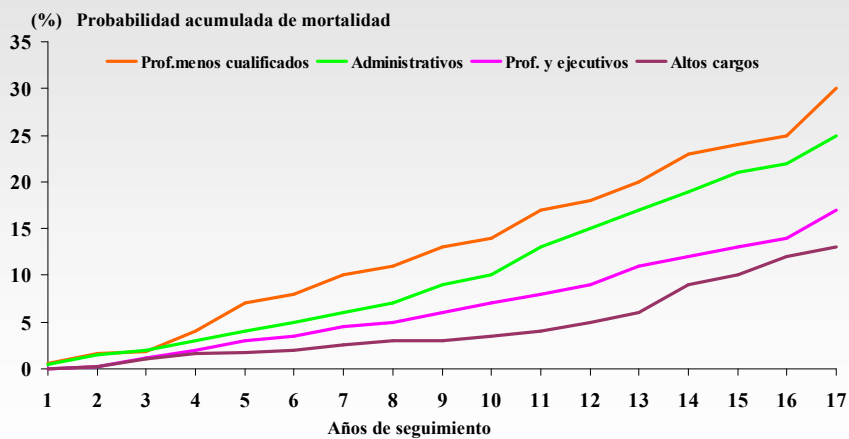
SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

### Riesgo de morir (RR) comparando las clases manuales y las no manuales. Hombres de 30 a 59 años. Diversos países, 1980-1994



Fuente: Kunst y col, 2000.

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



Fuente: Marmot et al, 1995



## Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio (2000)

**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**

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

## 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)

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>



## 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)

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

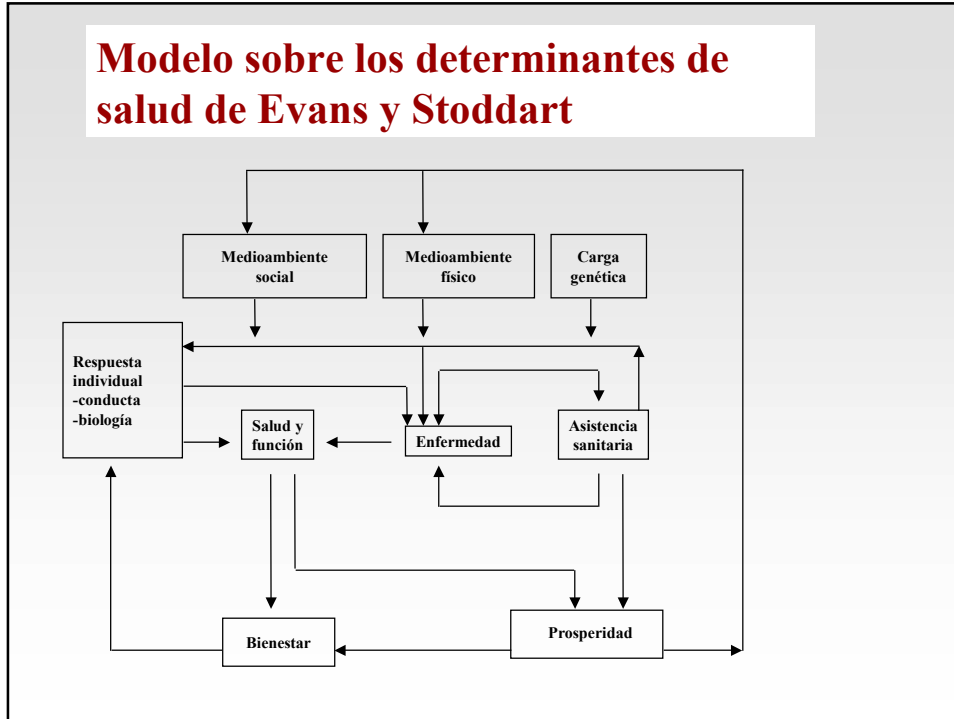
## Las causas de las desigualdades socioeconómicas en salud

- Errores metodológicos.
- Teoría de la selección social.
- Explicaciones culturales o de conductas.
- Explicaciones estructurales. Teoría del curso de la vida.
- Las desigualdades de la renta.
- Los factores psicosociales.
- Los servicios sanitarios.

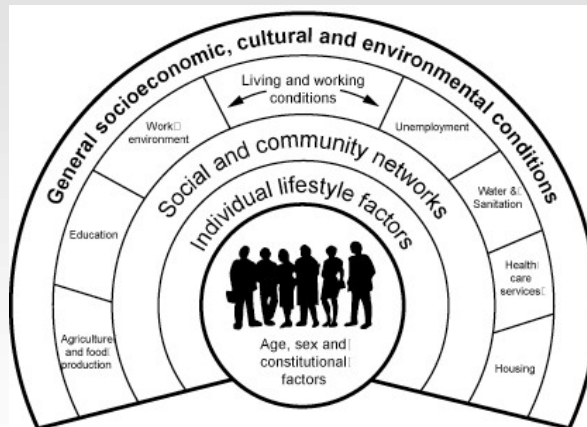


SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

## Modelo sobre los determinantes de salud de Evans y Stoddart



## Modelo de salud de Dalghren y Whitehead

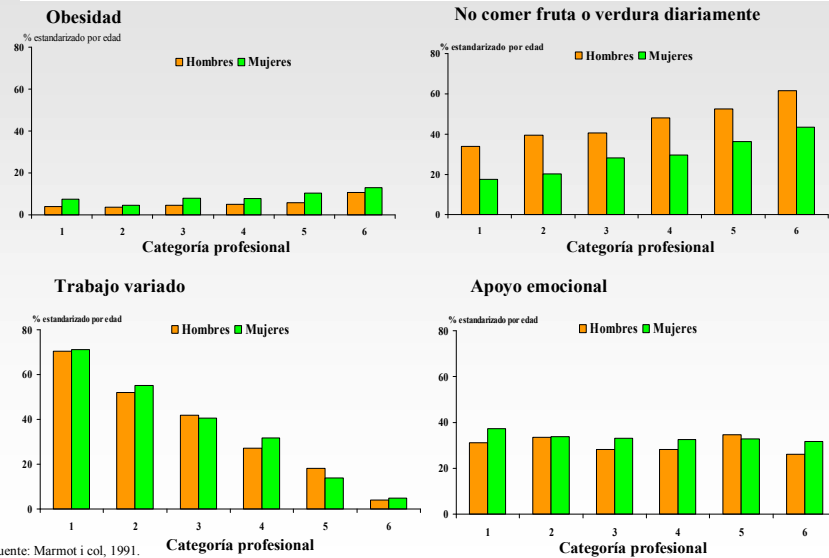


Font: Dalghren i Whitehead, 1991.

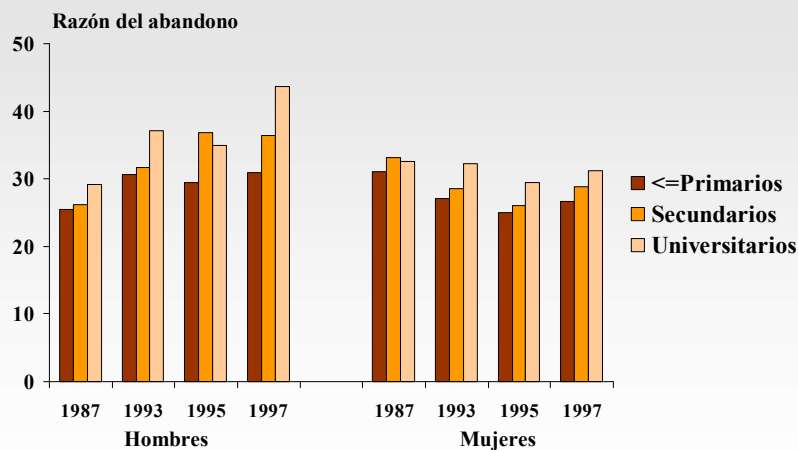


SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

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



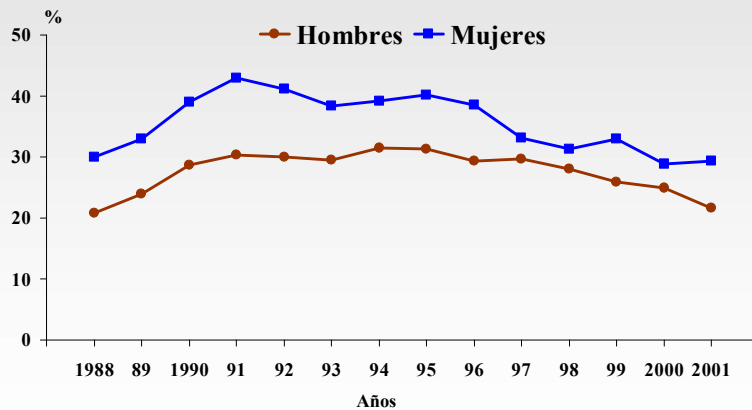
### Abandono del consumo de tabaco. Hombres y mujeres, España, 1987-1997



Razón del abandono: ex-fumadores / fumadores + ex-fumadores  
Fuente: Fernández y col, 2001.

SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

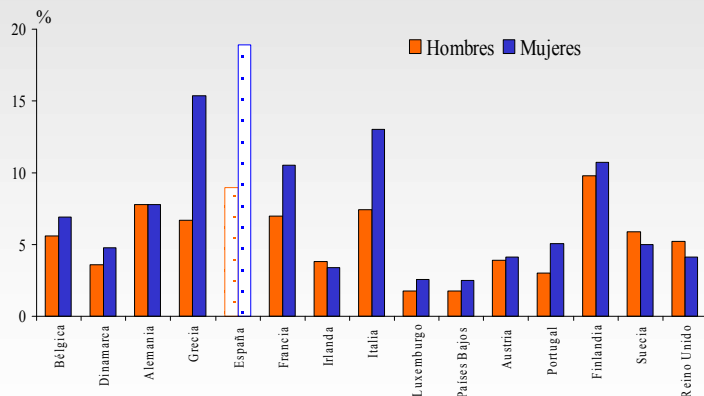
### Evolución de la contratación temporal según sexo (porcentaje sobre el total de salariables). Cataluña 1988-2001



Fuente: Artazcoz L y cols. En: Borrell C, Benach J. Les desigualtats en salut a Catalunya Informe CAPS, F.J. Bofill, 2003.



### Tasas de paro en la Unión Europea en el año 2001 según país y sexo

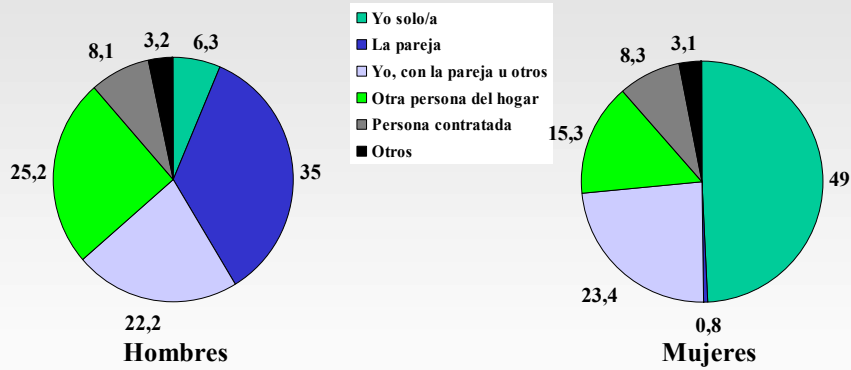


Fuente: Artazcoz et al. En prensa



SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

### Responsable del trabajo doméstico según sexo. Personas mayores de 14 años



Media de horas totales trabajadas : Hombres : 44 (trabajo) + 13,4 (doméstico) = 57,4

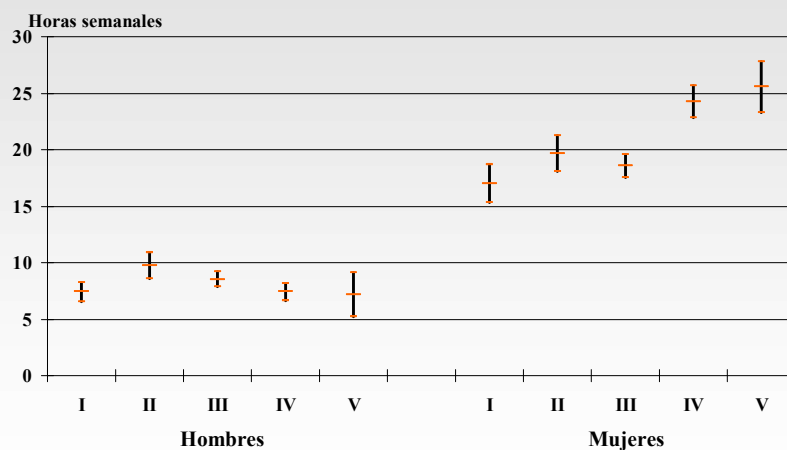
Mujeres : 38,5 (trabajo) + 23,1 (doméstico) = 61,6

(Población trabajadora de 16 a 64 años)

Fuente: IMSP. Encuesta de Salud de Barcelona 2000



### Horas semanales de trabajo doméstico según clase social y sexo. Población ocupada de 25-64 años que vive en pareja (mediana e IC95%). Barcelona 2000



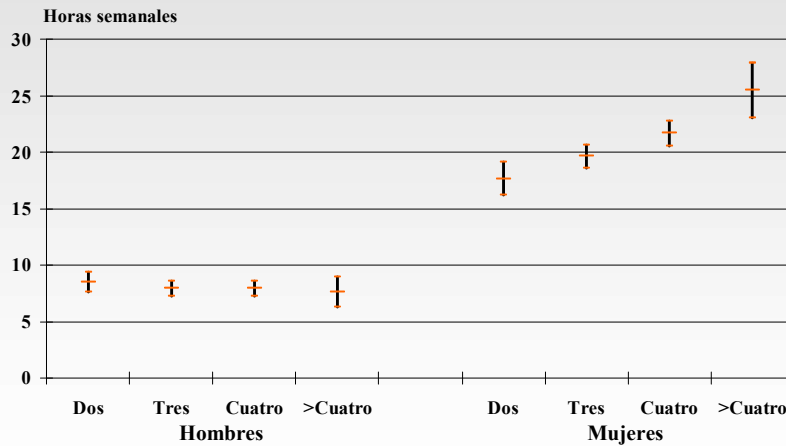
Fuente: Artazcoz L. y cols. En: Borrell C, Benach J. Les desigualtats en salut a Catalunya. Informe CAPS, F.J. Bofill, 2003.





SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

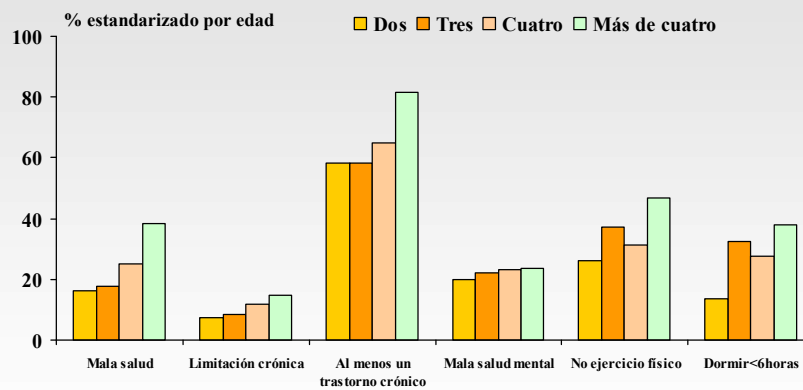
**Horas semanales de trabajo doméstico según sexo y nº de personas. Población ocupada de 25-64 años que vive en pareja (mediana e IC95%). Barcelona 2000**



Fuente: Artazcoz L y cols. En: Borrell C, Benach J. Les desigualtats en salut a Catalunya. Informe CAPS, F.J. Bofill, 2003.



**Estado de salud según tamaño del hogar en mujeres trabajadoras manuales. Cataluña, 1994**

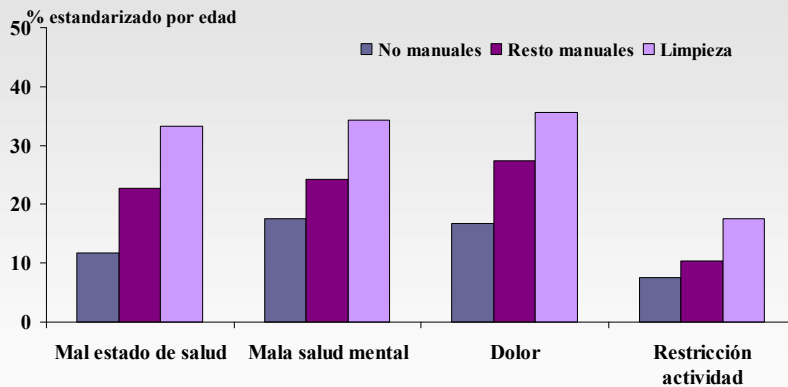


Fuente: Artazcoz et al. En: Borrell C, Benach J. Las desigualtats en salut a Catalunya. Informe CAPS, Fundació Bofill



SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

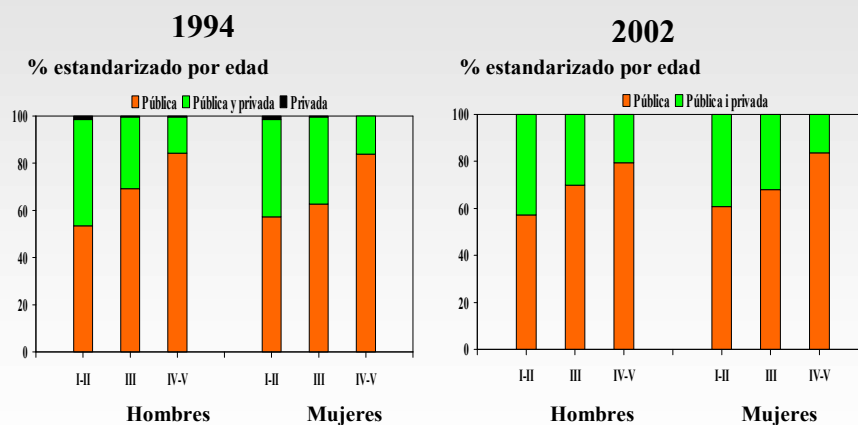
## Trastornos de salud según clase social o ocupación. Mujeres ocupadas, Cataluña 1994



Fuente: Artazcoz et al. En: Borrell C, Benach J. Las desigualtats en salut a Catalunya. Informe CAPS, Fundació Bofill

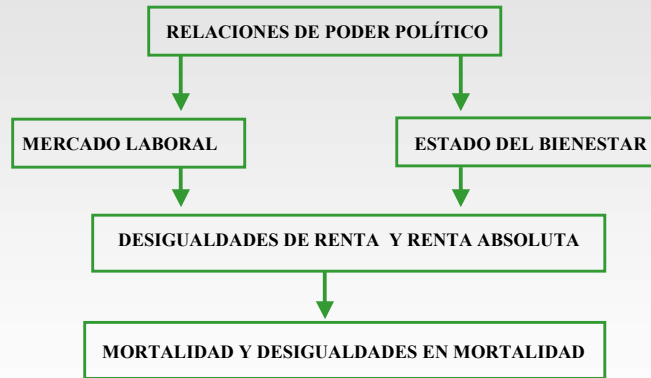


## Cobertura sanitaria según clase social. Cataluña 1994 y 2002



Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña, 1994 y 2002 (elaboración propia)

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



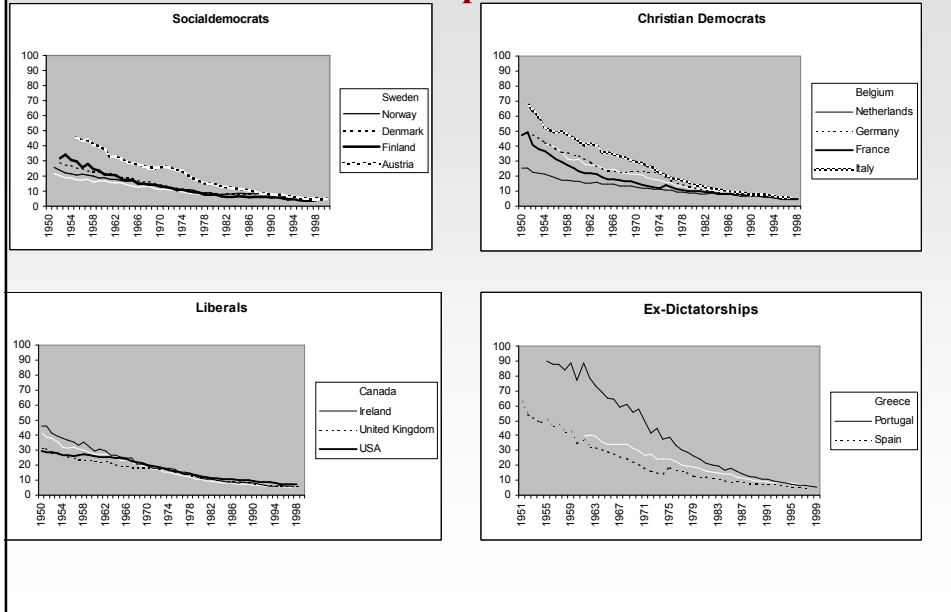
Fuente: Modificado de Navarro et al. *European Network on social capital, social inequalities and health*, 2003.

### Agrupación de 17 países OECD

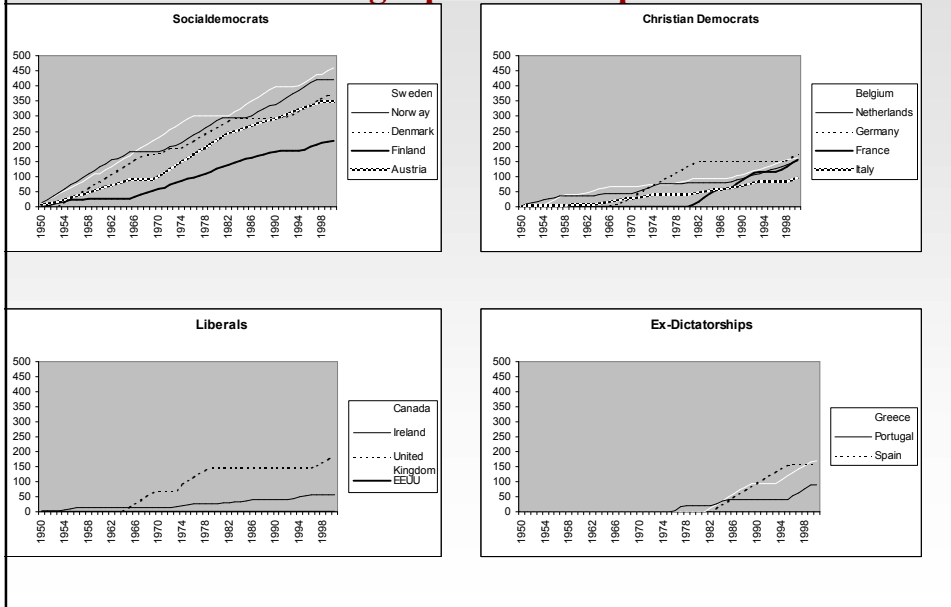
<b>Social democrat tradition</b>	Sweden, Norway, Denmark, Finland, Austria.
<b>Christian democrat tradition</b>	Belgium, Netherlands, Germany, France, Italy.
<b>Liberal tradition</b>	Canada, Ireland, United Kingdom, United States
<b>New democracies</b>	Spain, Greece, Portugal

SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

### Tasa de mortalidad infantil en las agrupaciones de países

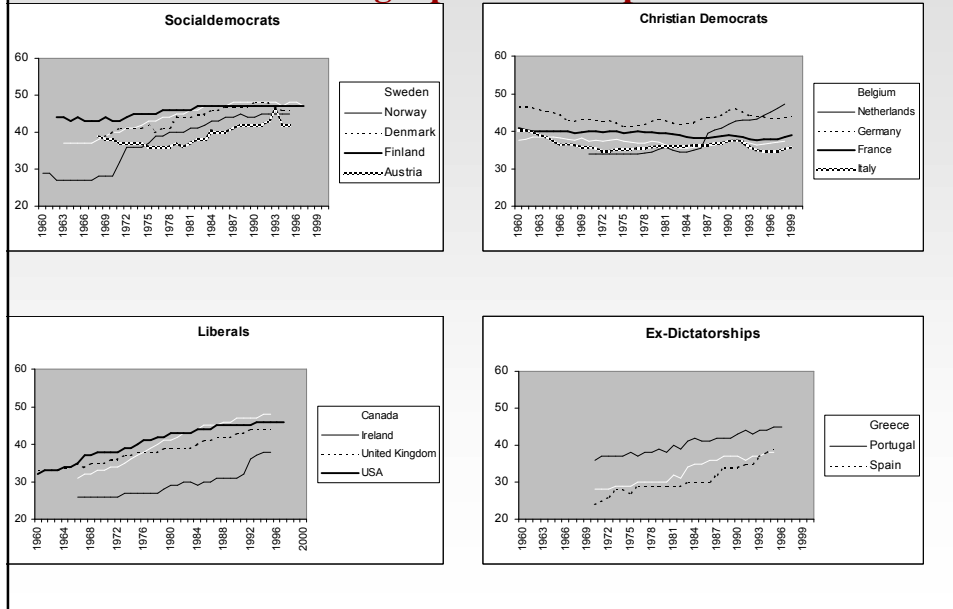


### Tiempo acumulado de voto a partidos de izquierda, 1960-1995 en las agrupaciones de países

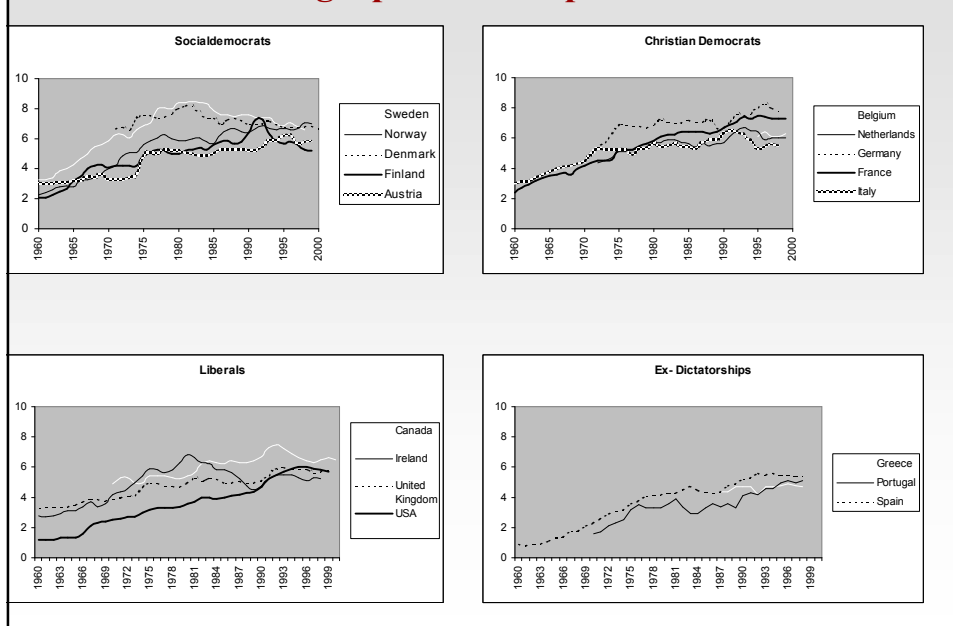


SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

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

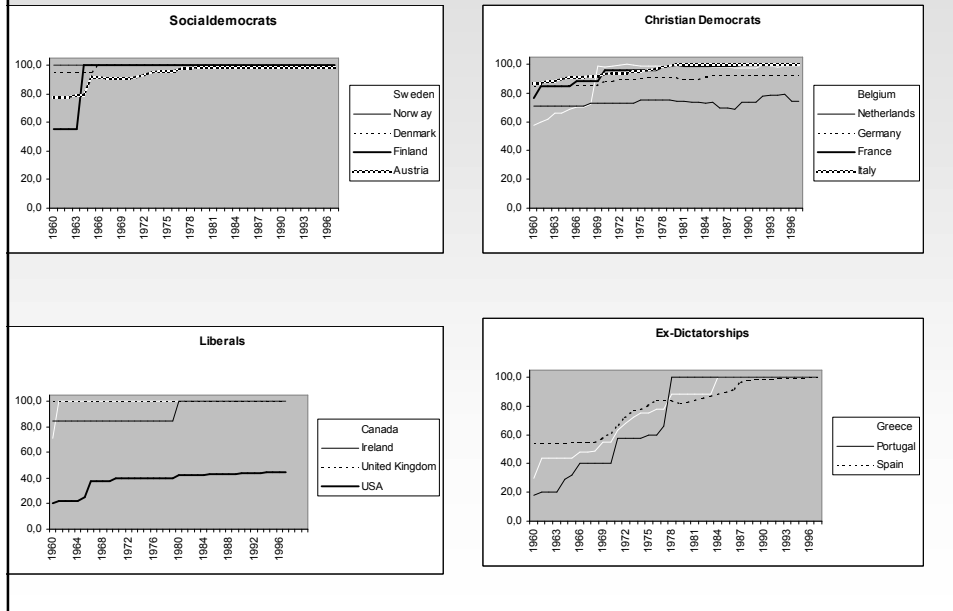


### Gasto público en salud como % del PIB en las agrupaciones de países

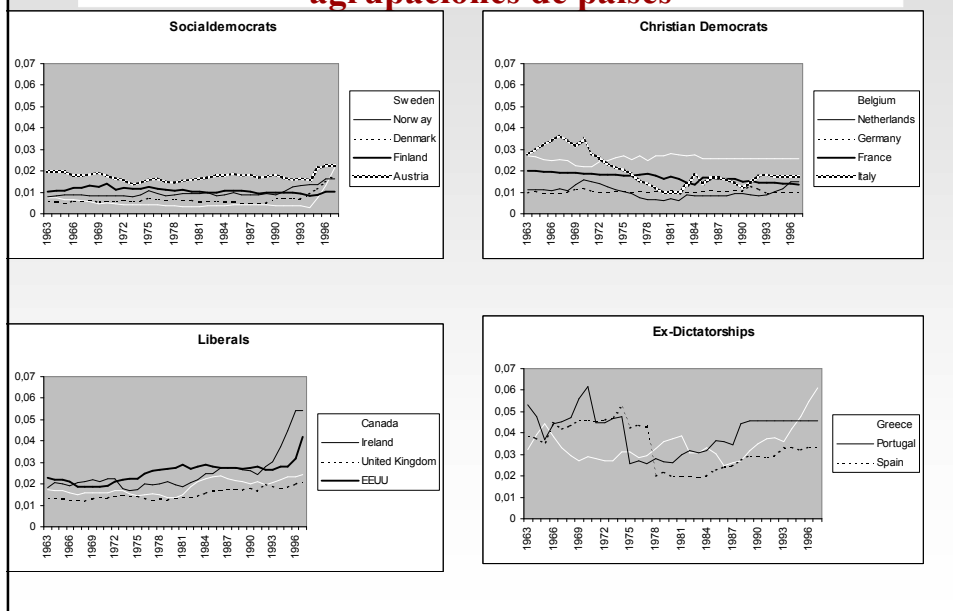


SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

### Población con cobertura sanitaria (%) en las agrupaciones de países



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



SALUD Y EQUIDAD. 20-22 de Julio de 2005. Carme Borrell. Determinantes de la equidad en salud.

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

	Infant Mortality Rate					
Power Relations	1972	1977	1982	1987	1992	1996
- Left line governing care	-0.472*	-0.546*	-0.461*	-0.352	-0.607**	-0.747**
- Left vote	-0.525**	-0.650**	0.460*	0.225	-0.098	0.059
- Voter turnout	-0.541**	-0.579**	0.076	-0.046	-0.065	-0.285
<b>Labor Market</b>						
- % Active population	-0.463**	-0.329	-0.462**	-0.292	-0.408	-0.235
- % Female labor force	+0.269	+0.312	-0.361	-0.207	-0.301	+0.454*
- Unemployment rate, male	0.215	-0.064	0.057	-0.105	0.036	-0.216
- Unemployment rate, woman	0.613**	0.207	0.902**	0.273	0.362	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**	-0.576**	-0.061	-0.065	+0.251	+0.366
<b>Inequalities</b>						
- Theil index	0.738**	0.746**	0.653**	0.741**	0.790**	0.772**
- GDP per capita	-0.531**	-0.615**	-0.527**	-0.490**	-0.307	-0.229

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

Variables	(1) Separate	(2) Global 1 <sup>a</sup>	(3) Global 2	(4) Global 3 <sup>a</sup>
<b>Power relations</b>				
Left vote	-0.15**	-0.04**	-0.11**	-0.03**
Voter turnout	-0.13**			
<b>Welfare state</b>				
Health care coverage	-0.46**	-0.10**		
<b>Labor market</b>				
% Active population	-0.58**			
% Female labor force	-0.96**		-0.90**	
<b>Inequalities</b>				
Theil index	147.5**			178.2**
GDP per capita	-0.0007**			
Theil*GDP per capita in 1969				-0.04**

<sup>a</sup>Models also adjusted for the year

\* $P < 0.05$ ; \*\* $P < 0.01$



## **Justificación de la necesidad de las políticas para reducir las desigualdades**

**¿Por qué se tienen que reducir las desigualdades socio-económicas en salud?**

- 1. Porque contradicen los valores de justicia.**
- 2. Porque al reducirlas se favorece un mejor nivel de salud de toda la población.**

## **Uso de la evidencia**

- 1. Evidencia sobre el modelo causal de las desigualdades sociales en salud.**
- 2. Evidencia sobre la efectividad de las intervenciones.**



## Opciones estratégicas

### ❑ Punto de entrada

Puede ser a distintos niveles de nuestro modelo conceptual.

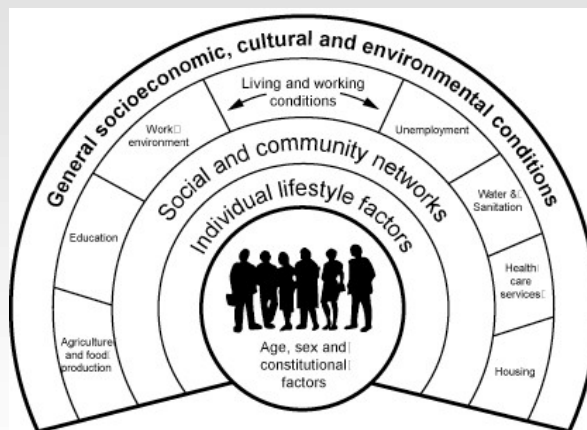
### ❑ Estrategias macro, meso o micro

Dependerán de si nos focalizamos en factores estructurales (factores políticos, económicos...) o lo hacemos en aspectos más concretos de salud pública.

### ❑ Enfoques universales o selectivos

- **Enfoques universales:** las estrategias afectan a toda la población (estado del bienestar).
- **Enfoques selectivos:** Las estrategias afectan a grupos específicos.

## Modelo de salud de Whitehead



Fuente: Dalghren y Whitehead, 1991.



## Principales documentos con recomendaciones para disminuir las desigualdades sociales en salud

### *The working group on inequalities in health*

País: Inglaterra  
Presidente: Sir Douglas Black  
Publicación del informe: 1980

### *Policies and strategies to promote equity in health*

Organización Mundial de la Salud  
Autores: Dahlgren y Whitehead  
Publicación del informe: 1992

### *Tackling inequalities in health*

País: Inglaterra  
Autores: Benzeval, Judge, Whitehead  
Publicación del informe: 1995

### *Independent inquiry into inequalities in health*

País: Inglaterra  
Presidente: Sir Donald Acheson  
Publicación del informe: 1998

### *The Dutch programme committee on socio-economic inequalities in health*

País: Holanda  
Presidente: Prof. Dr. W Albeda  
Publicación del informe: 2001

Fuente: Mackenbach y Bakker, 2002

## El programa holandés de desigualdades sociales en salud (*The Dutch programme on socio-economic inequalities in health*). Objetivos cuantitativos de políticas recomendadas (1)

### Objetivos relacionados con las desventajas socio-económicas

- Las desigualdades de renta en Holanda deben mantenerse en el nivel de 1996 (Coeficiente de Gini=0,24).
- El porcentaje de niños de familias de clase trabajadora que empiezan la educación secundaria debe aumentar del 12% en 1989 a un 25% en el 2020.
- El porcentaje de viviendas con una renta por debajo del 105% del “mínimo social” debe reducirse de un 10,6% en 1998 a un 8% en el 2020.

### Objetivos para reducir los efectos negativos en la salud de la desventaja socio-económica

- Las personas con discapacidad que se benefician de una incapacidad total en el trabajo debido a problemas de salud laboral debe mantenerse en el nivel del año 2000.
- El porcentaje de enfermos crónicos entre 25-64 años que tienen un trabajo remunerado debe aumentar de un 48% a un 57% en el 2020.

Fuente: Mackenbach y col, 2002

**El programa holandés de desigualdades sociales en salud (*The Dutch programme on socio-economic inequalities in health*).  
Objetivos cuantitativos de políticas recomendadas (2)**

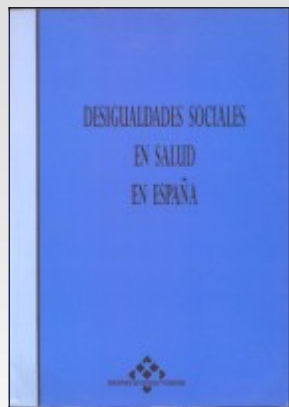
**Objetivos relacionados con factores que disminuyen las desventajas socio-económicas sobre la salud**

- La diferencia en el consumo de tabaco entre los que tienen una educación más alta y más baja debe disminuir un 25%, mediante la disminución del porcentaje de fumadores entre los que tienen estudios primarios de un 38% en 1998 a un 32% en el 2020.
- La diferencia entre el grado de control en el trabajo entre los que tienen una educación más alta y más baja debe disminuir un 25%, mediante un aumento del porcentaje del grado de control sobre el puesto de trabajo entre los que tienen estudios primarios, de un 58% en 1999 a más de un 68% en el 2020.

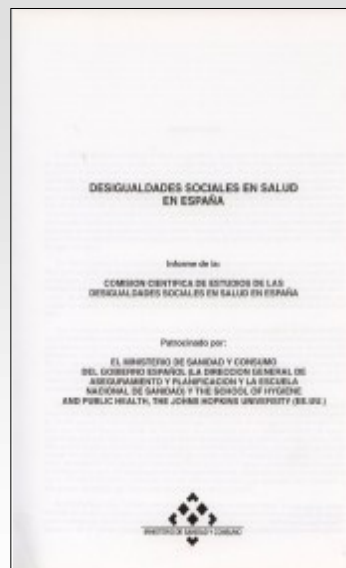
**Objetivos relacionados con la accesibilidad y calidad de los servicios de asistencia sanitaria**

- Las diferencias en la utilización de servicios sanitarios (consulta con médicos de primaria, con especialistas, con dentistas, con la admisión a los hospitales, prescripción de medicamentos) entre los grupos con un mayor o menor nivel de educación debe mantenerse en los niveles del año 1998.

Fuente: Mackenbach y col, 2002



1996





## Principales recomendaciones propuestas por el Informe sobre Desigualdades Sociales en Salud en España, 1996 (1)

### Generales

- Que el gobierno español considere como prioritario y, como parte de su política sanitaria, el objetivo de la OMS de reducir las desigualdades sociales como uno de los medios para mejorar la salud colectiva.
- Que las políticas socio-sanitarias sean universales y afecten a toda la población y no sólo a los grupos más vulnerables.
- Que la reducción de desigualdades sociales sea un proyecto que asuman todas las fuerzas políticas y sociales democráticas.

### Sistemas de información e investigación

- Que el gobierno y el parlamento español establezcan una comisión permanente que analice la evolución de las desigualdades sociales en salud y que asesore sobre la mejor manera de reducirlas.
- Que se desarrollen los sistemas de información para conocer la evolución de las desigualdades en salud.
- Que las encuestas nacionales de salud utilicen las mismas variables sociales, con las mismas preguntas y en las mismas fechas para tener una mejor comparabilidad de los datos.

Fuente: Navarro, Benach y la comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud, 1996

## Principales recomendaciones propuestas por el Informe sobre Desigualdades Sociales en Salud en España, 1996 (2)

### Políticas

- Que las intervenciones generales se concreten en acciones prioritarias específicas en lo referente a los factores causales de las desigualdades más relevantes y modificables.
- Que las políticas se realicen en el estado, autonomías y municipios, para reducir las desigualdades entre autonomías, dentro de las mismas y en los municipios.
- Que las políticas de reducción de desigualdades mejoren las condiciones de vida y trabajo, la adopción de estilos de vida más saludables, sobre todo de los grupos más vulnerables y con más necesidades.

Fuente: Navarro, Benach y la comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud, 1996

## Investigación y políticas en desigualdades en salud. Estado Español, 1970-2002

1970-1980	<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>
1981-1987	<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>
1988-1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Ministerio de sanidad español nombra una comisión para estudiar las desigualdades socioeconómicas en salud siguiendo el modelo del "Informe Black" sobre España.</li> </ul>
1997-2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna administración promueve la investigación institucional.</li> <li>• Algunos grupos de investigación elaboran regularmente.</li> <li>• La divulgación sobre desigualdades en salud no trasciende a los debates políticos.</li> <li>• Las desigualdades en salud no están en la agenda política.</li> </ul>



## Recomendaciones



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

