

Las desigualdades sociales en salud y las políticas para reducirlas

Carme Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona



Guión

- Concepto de desigualdad en salud, relevancia y ejemplos
- Modelos conceptuales: las causas de las desigualdades en salud
- Políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud

Concepto de desigualdad en salud, relevancia y ejemplos



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, procedentes de países de renta baja e indígenas 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.



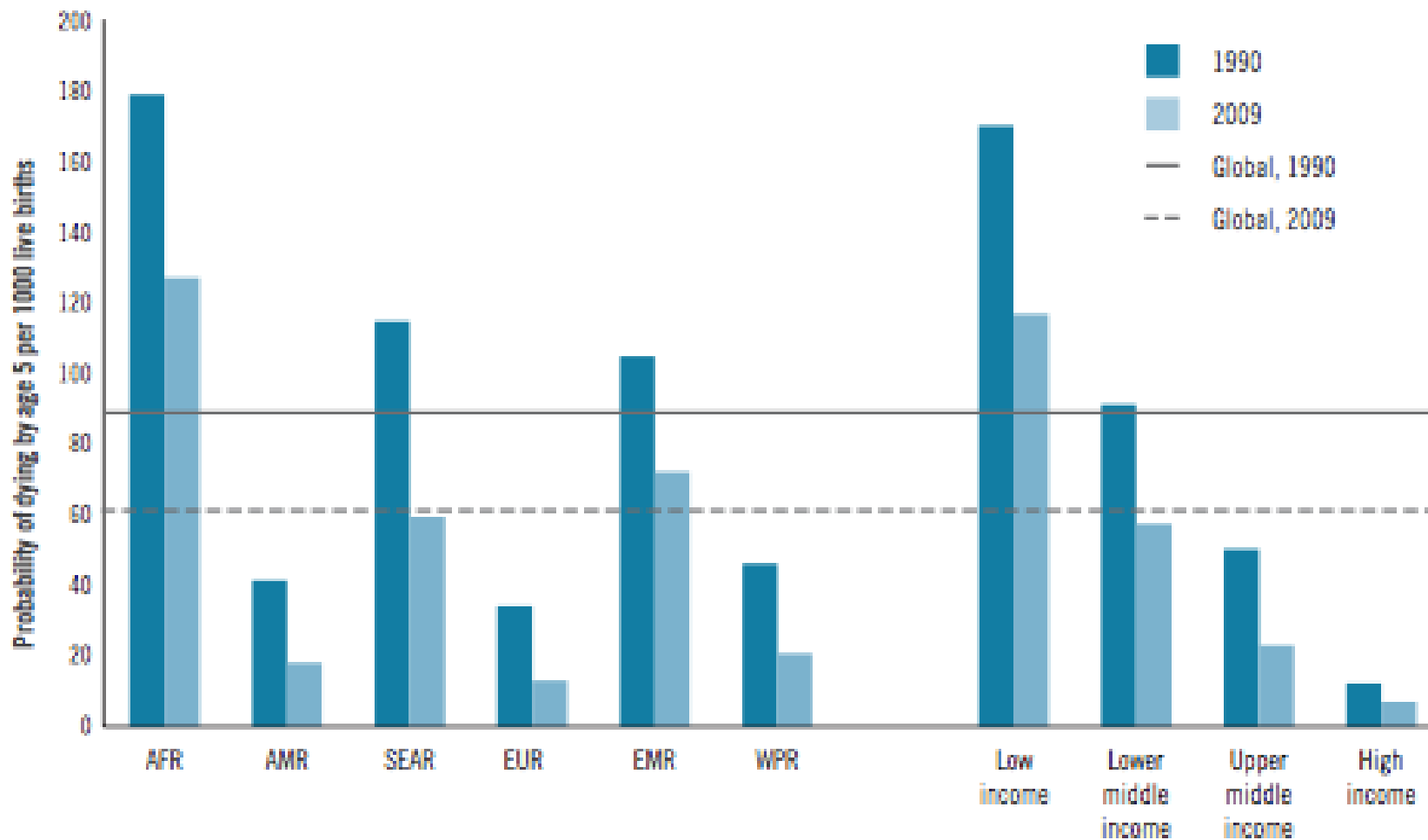


Relevancia de las desigualdades socioeconómicas en salud

- 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.



Figure 2: Mortality in children under 5 years old in 1990 and 2009 by WHO region and country-income group

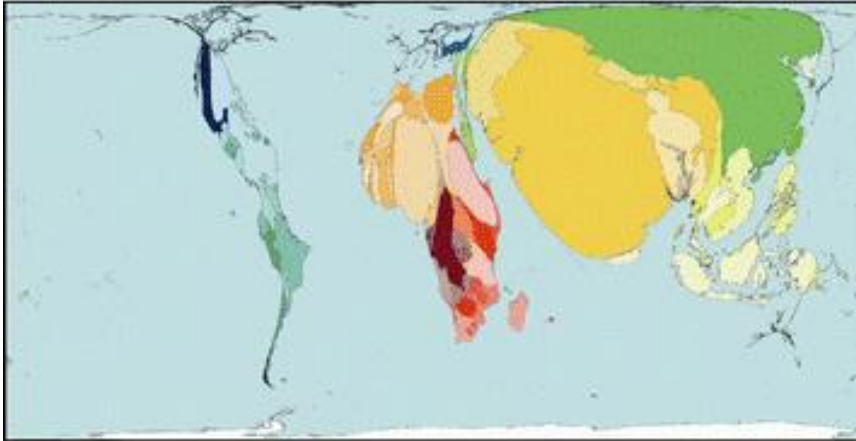


Fuente: WHO Comission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation, 2008

Worldmapper- <http://www.worldmapper.org/>

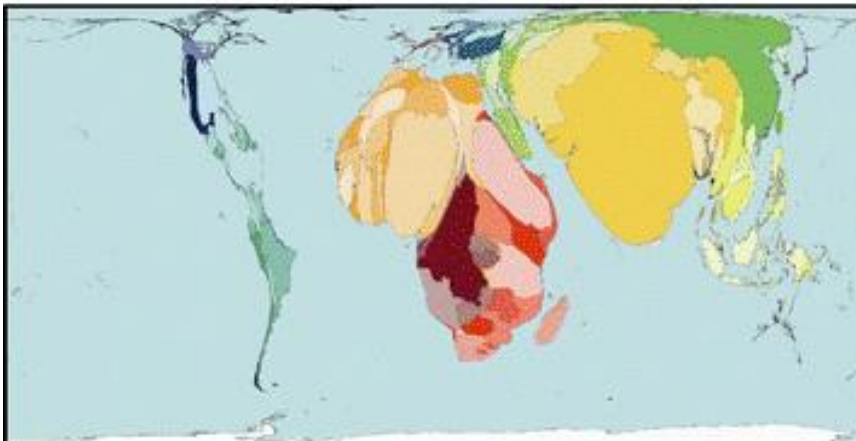


A Pobreza



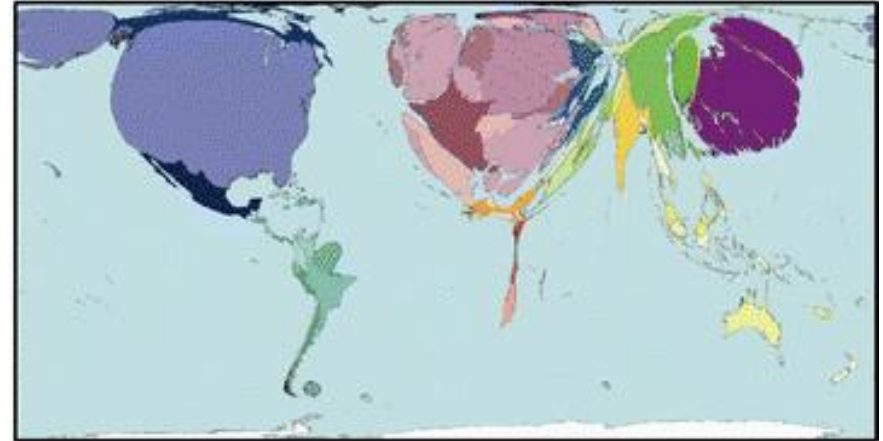
Map 180: Absolute poverty (up to \$2 a day); "territory size shows the proportion of all people living on less than or equal to US\$2 in purchasing power parity a day."

C Mortalidad infantil



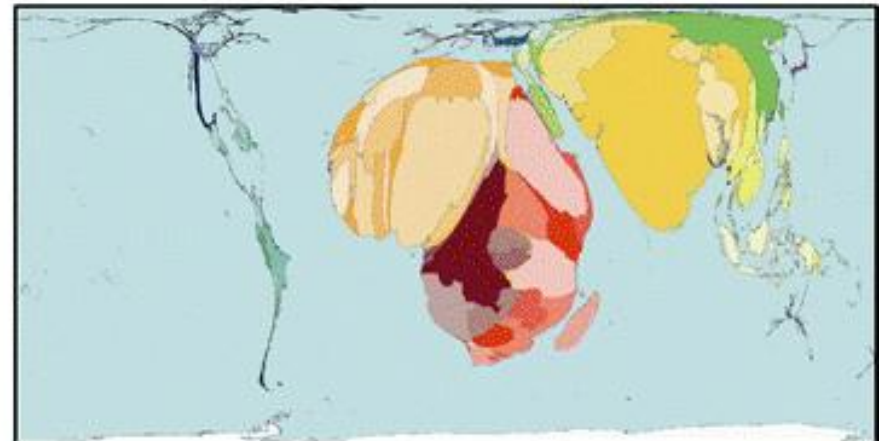
Map 261: Infant mortality; "territory size shows the proportion of infant deaths worldwide that occurred there."

B Riqueza



Map 169: Wealth; "territory size shows the proportion of worldwide wealth, that is the Gross Domestic Product based on exchange rates with the US\$, that is found there."

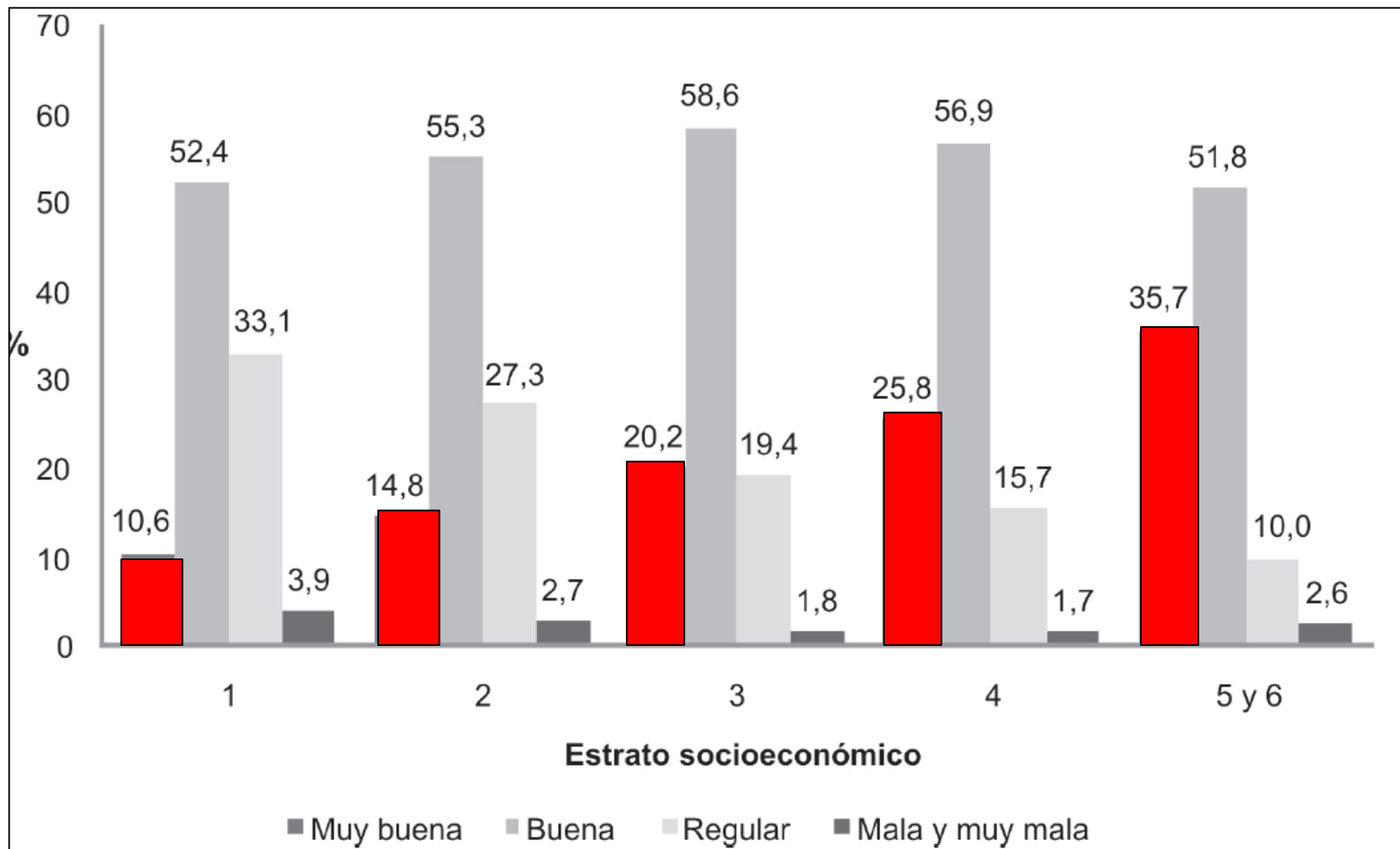
D Mortalidad 1-4 años



Map 261: Mortality 1-4 year olds; "territory size shows the proportion of all deaths of children aged over 1 year and under 5 years old, that occurred there."



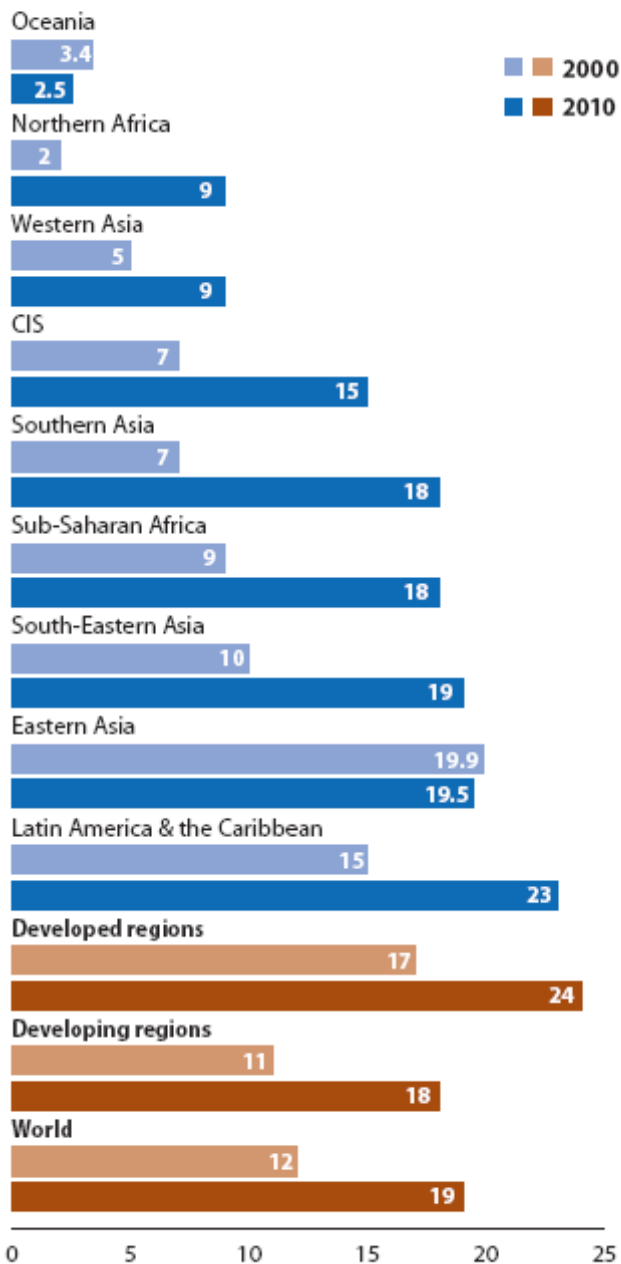
Estado de salud percibido por estrato socioeconómico. Colombia, 2007



Fuente: Análisis de la situación en salud de Colombia, 2002-7, Ministerio de la Protección Social, 2010



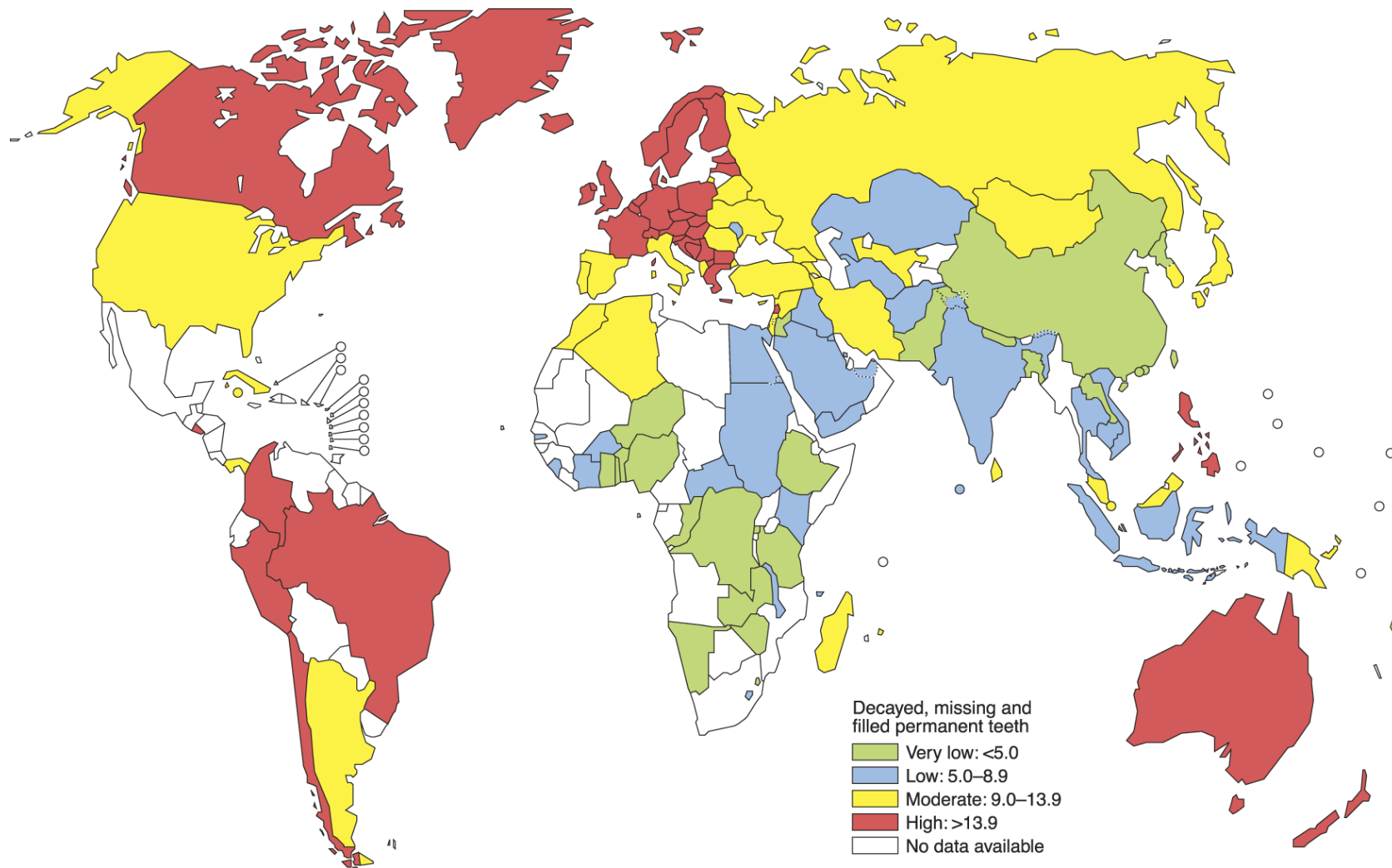
Proportion of seats held by women in single or lower houses of national parliaments, 2000 and 2010 (Percentage)



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



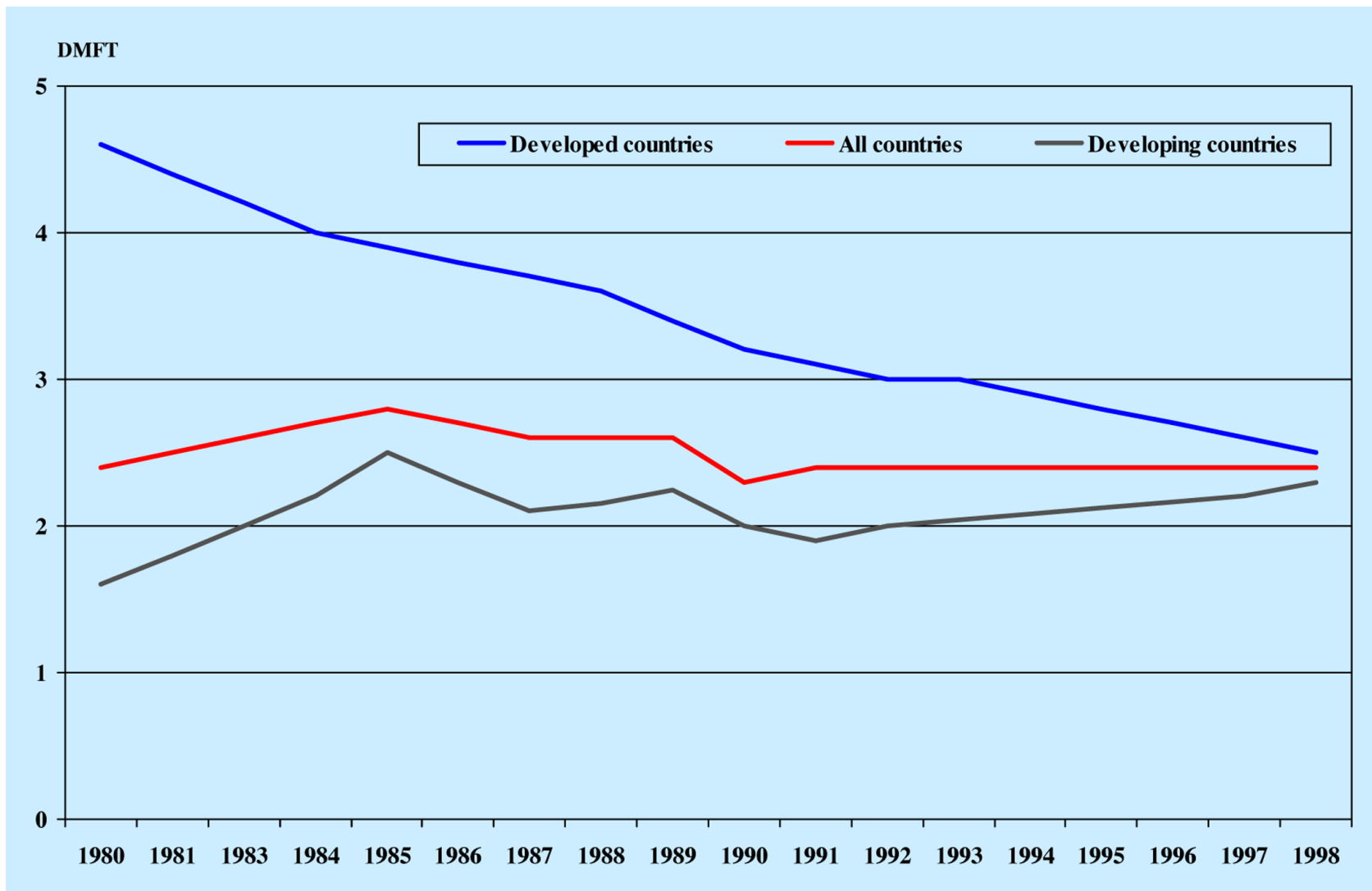
Càries dental, 35-44 años



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dashed lines represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



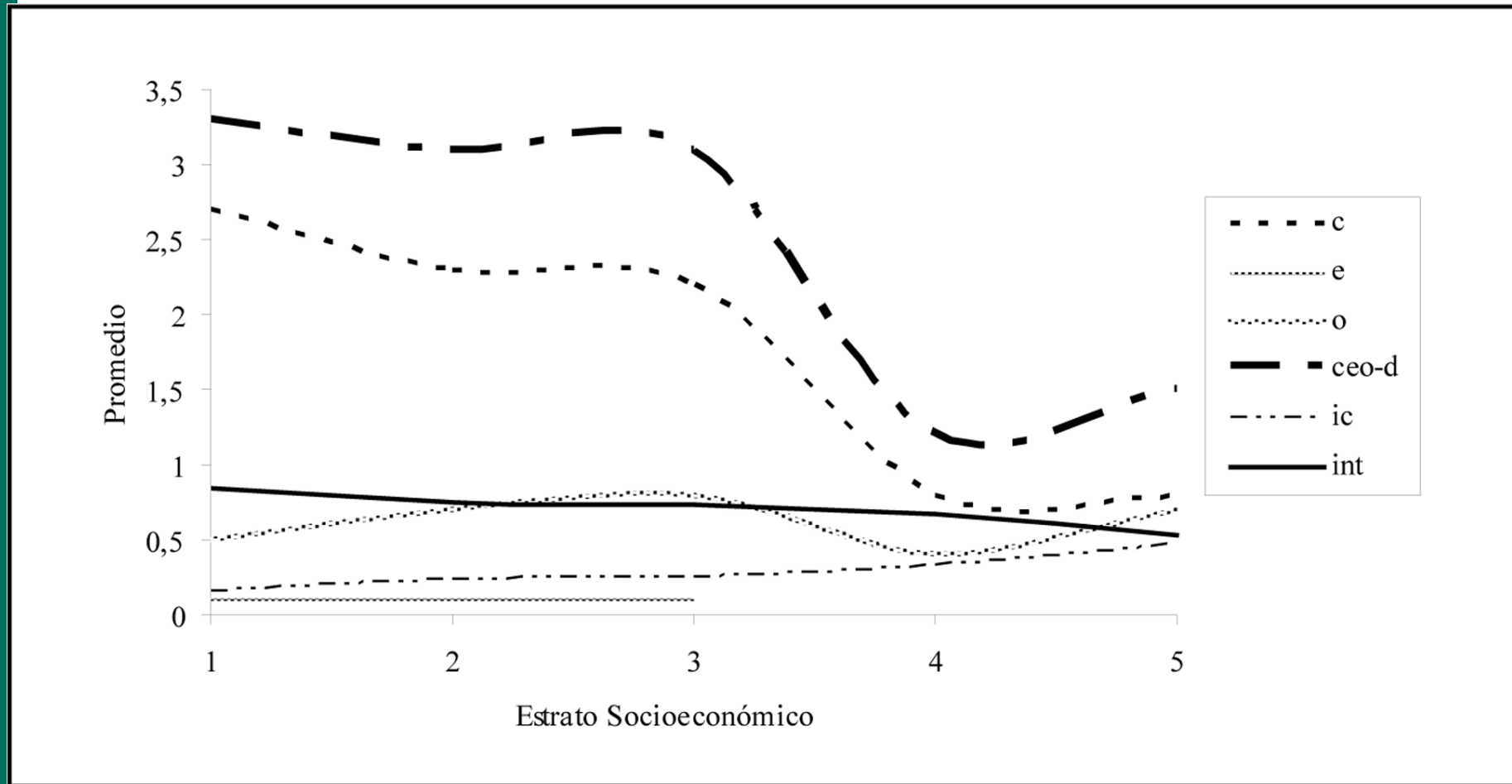
Niveles de càries dental a los 12 años por tipología de país, 1980-98



Fuente: The WHO oral Health report, 2003



Indicadores de salud bucal, 5 años, por estrato socioeconómico. Colombia 1998

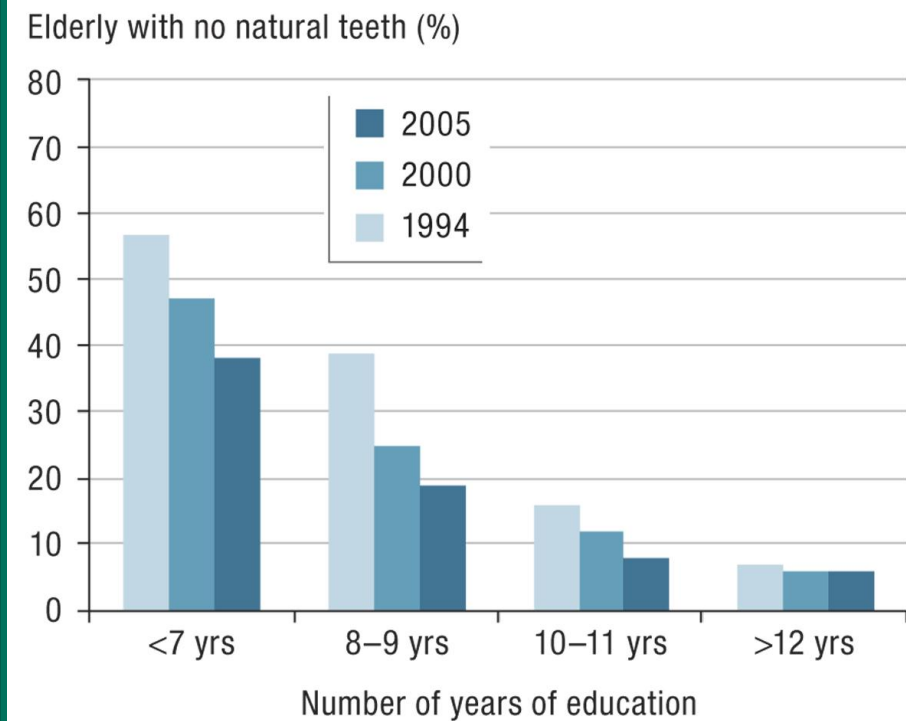


Fuente: Alonso Agudelo et al 2009. ENSAB III. Elaboración de los autores. Claves de leyenda: c: cariados; o: obturados; e: perdidos; ceo-d: Índice ceo-d; ic: Índice de Cuidados; int: Índice de Necesidades de Tratamiento



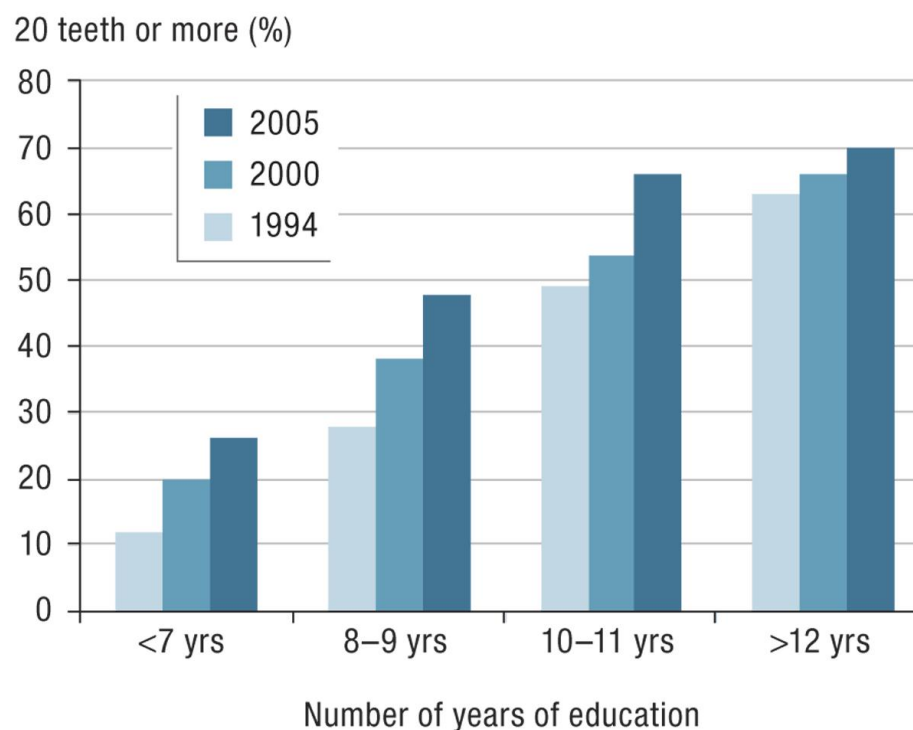
Indicadores de salud oral según el nivel de estudios. Dinamarca, mayores de 65 años

FIGURE 9.3 Relationship between education and dentate status among Danish elderly (65 years or more) with no natural teeth



Sources: Petersen (3), Petersen et al. (5).

FIGURE 9.4 Relationship between education and dentate status among Danish elderly (65 years or more) with over 20 functioning teeth



Sources: Petersen (3), Petersen et al. (5).

Modelos conceptuales: las causas de las desigualdades en salud



Causas de las desigualdades en salud

“Las desigualdades en salud “son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas”

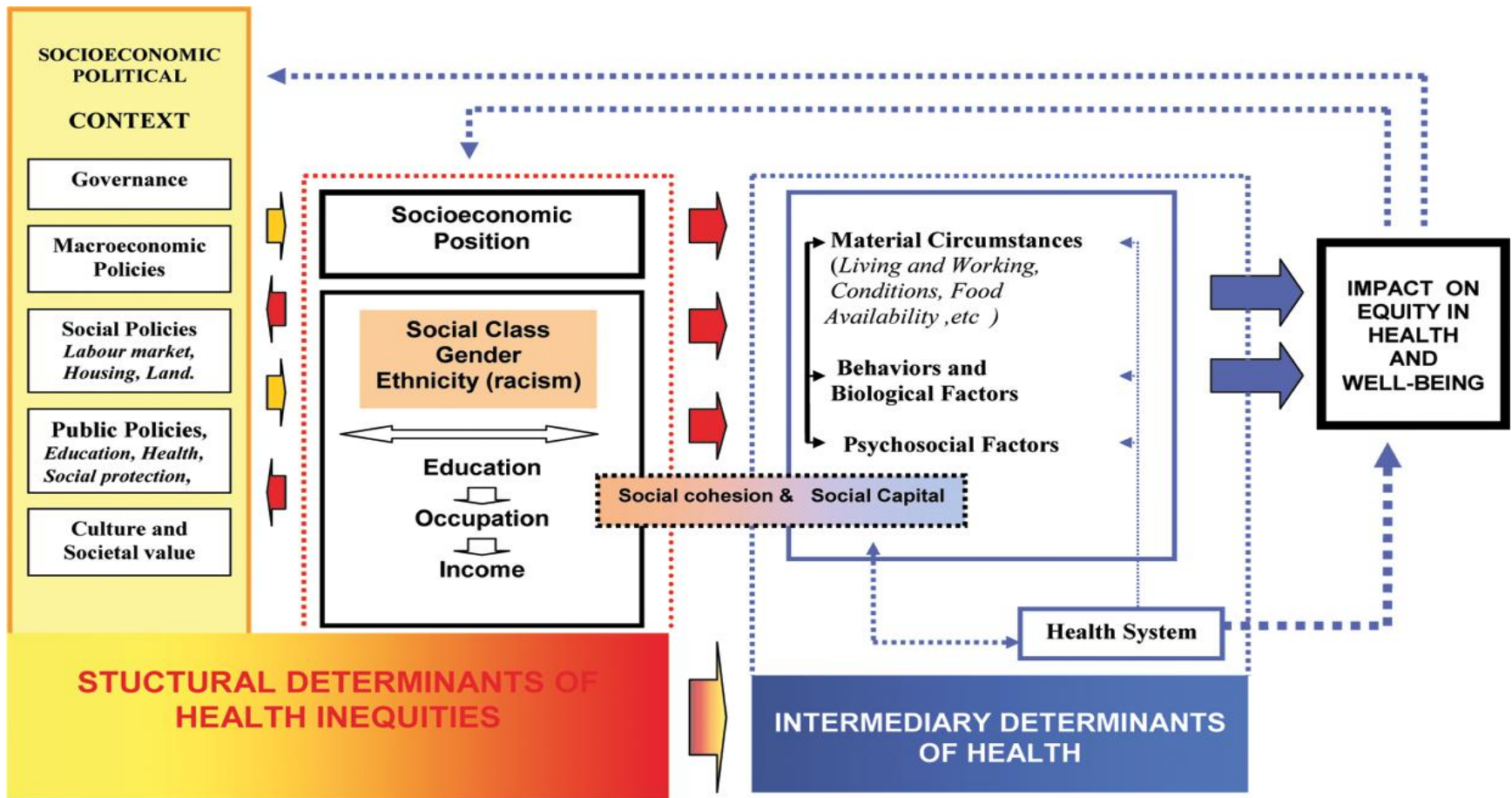


Modelo de los determinantes de la salud de Dalghren y Whitehead, 1991



Fuente: Dalghren y Whitehead, 1991.

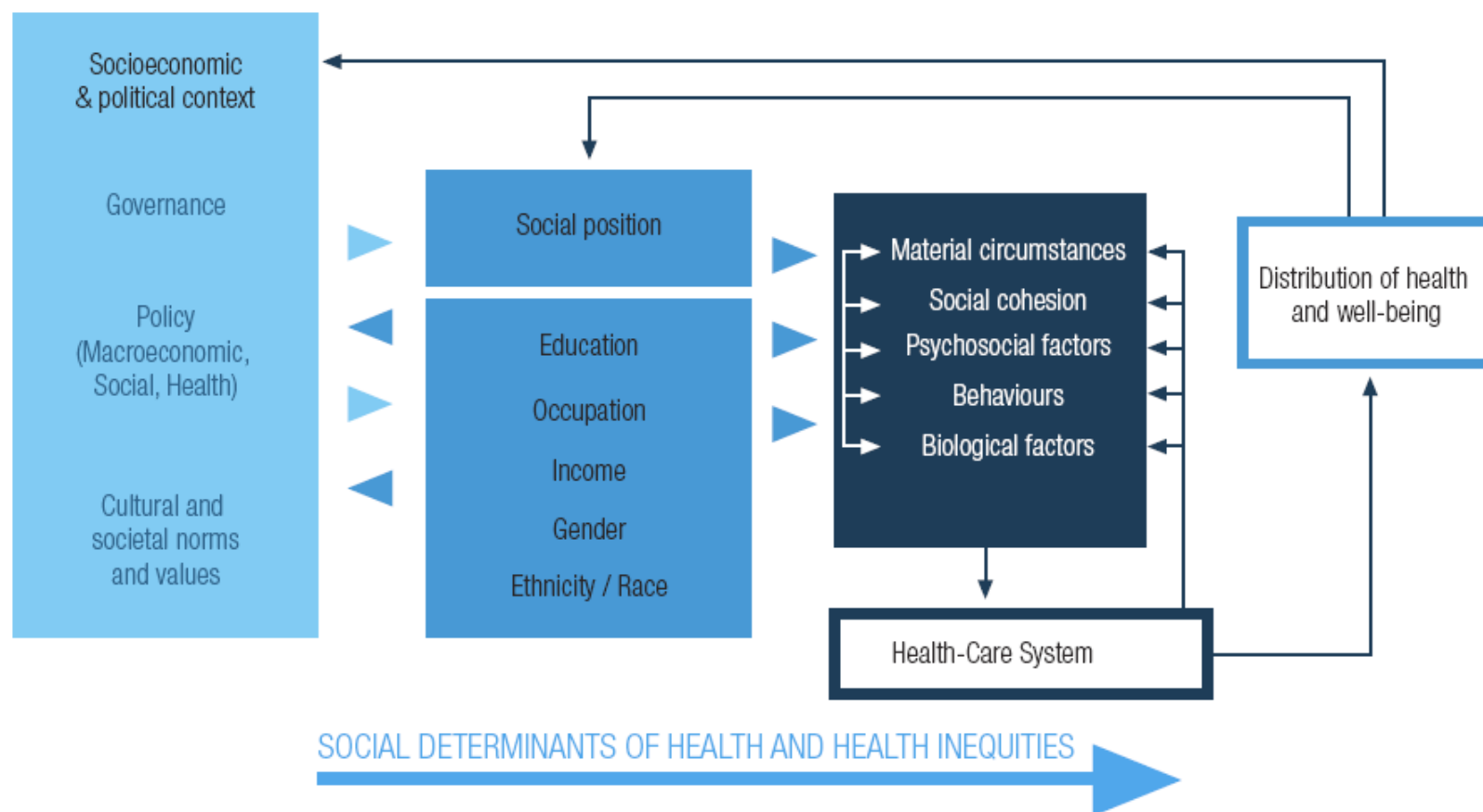
Marco conceptual de la Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS





Determinantes de las desigualdades en salud 2008. CSDH

Figure 4.1 Commission on Social Determinants of Health conceptual framework.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

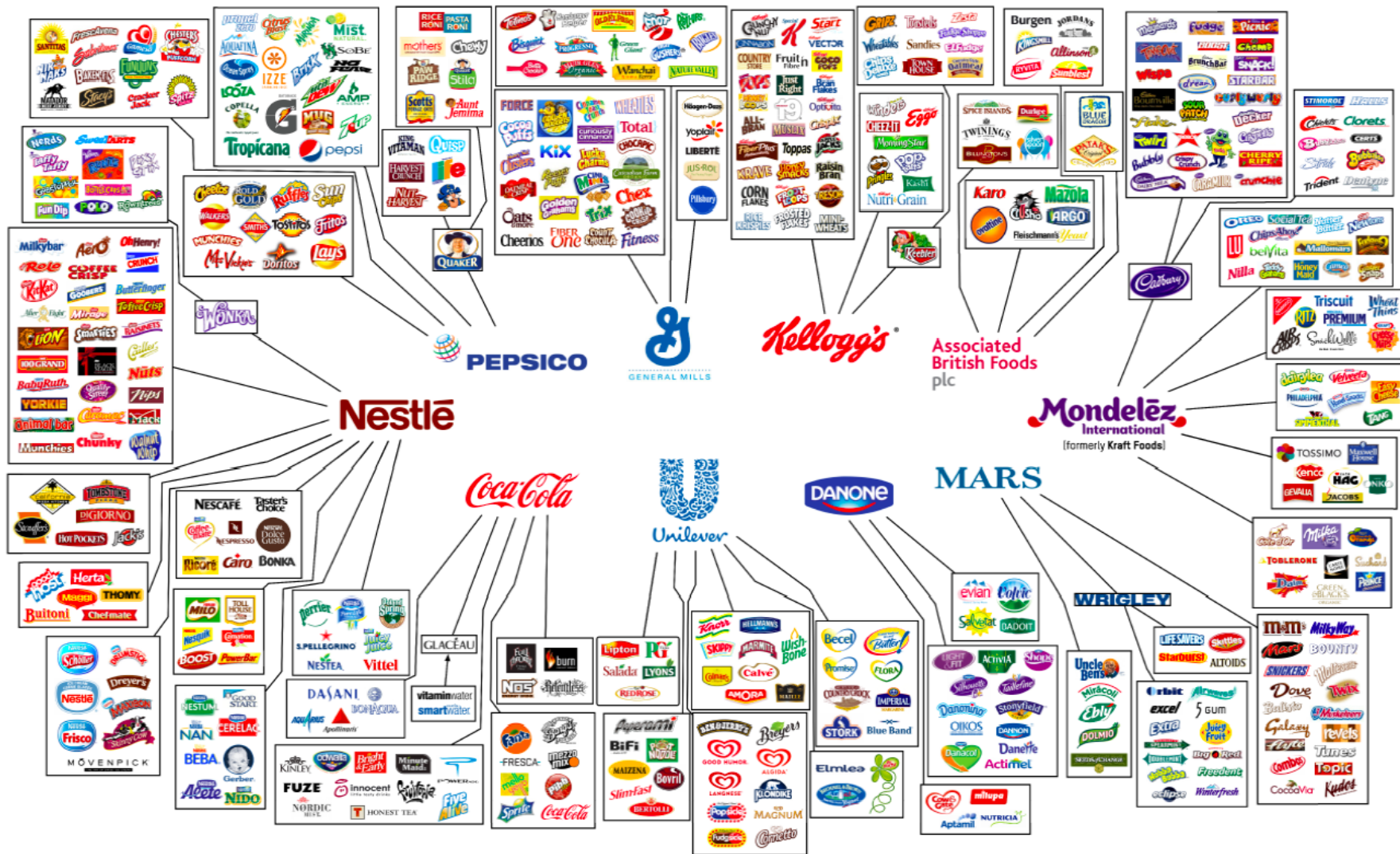


Los determinantes de las desigualdades en salud. Comisión para reducir las desigualdades en España





Marcas que pertenecen a las corporaciones que procesan alimentos





Políticas para reducir las desigualdades en salud



Justificación de la necesidad de las políticas para reducir las desigualdades

¿Por qué se tienen que reducir las desigualdades socioeconómicas en salud?

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



Principios para la acción

1. Se han de usar las dos estrategias descritas para reducir las desigualdades:
 - ✓ Focalización en la pobreza (estrategia selectiva).
 - ✓ Reducción de las desigualdades teniendo en cuenta a toda la población (estrategia universal).
2. Es necesario actuar sobre los determinantes de las desigualdades. Por ello es importante el enfoque de salud en todas las políticas.
3. Hay que fomentar la participación.

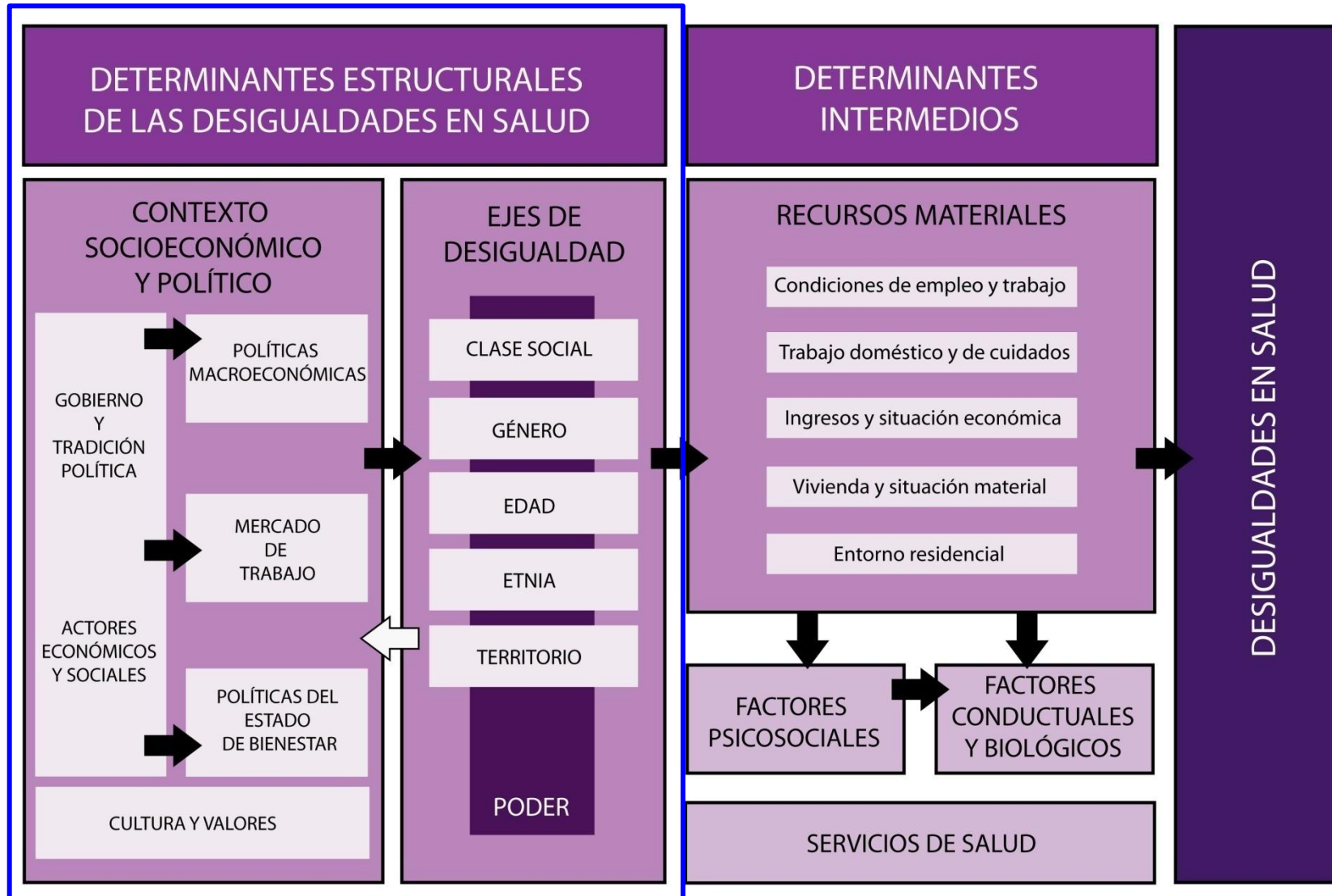


Principios para la acción (2)

4. Es necesario tener en cuenta los diferentes ejes de desigualdad.
5. Los sistemas de salud se han de regir per principios de equidad (servicios de salud para todos y todas).



Los determinantes de las desigualdades en salud. Comisión para reducir las desigualdades en España



Adaptado de Navarro (2004) y Solar e Irwin (2007)



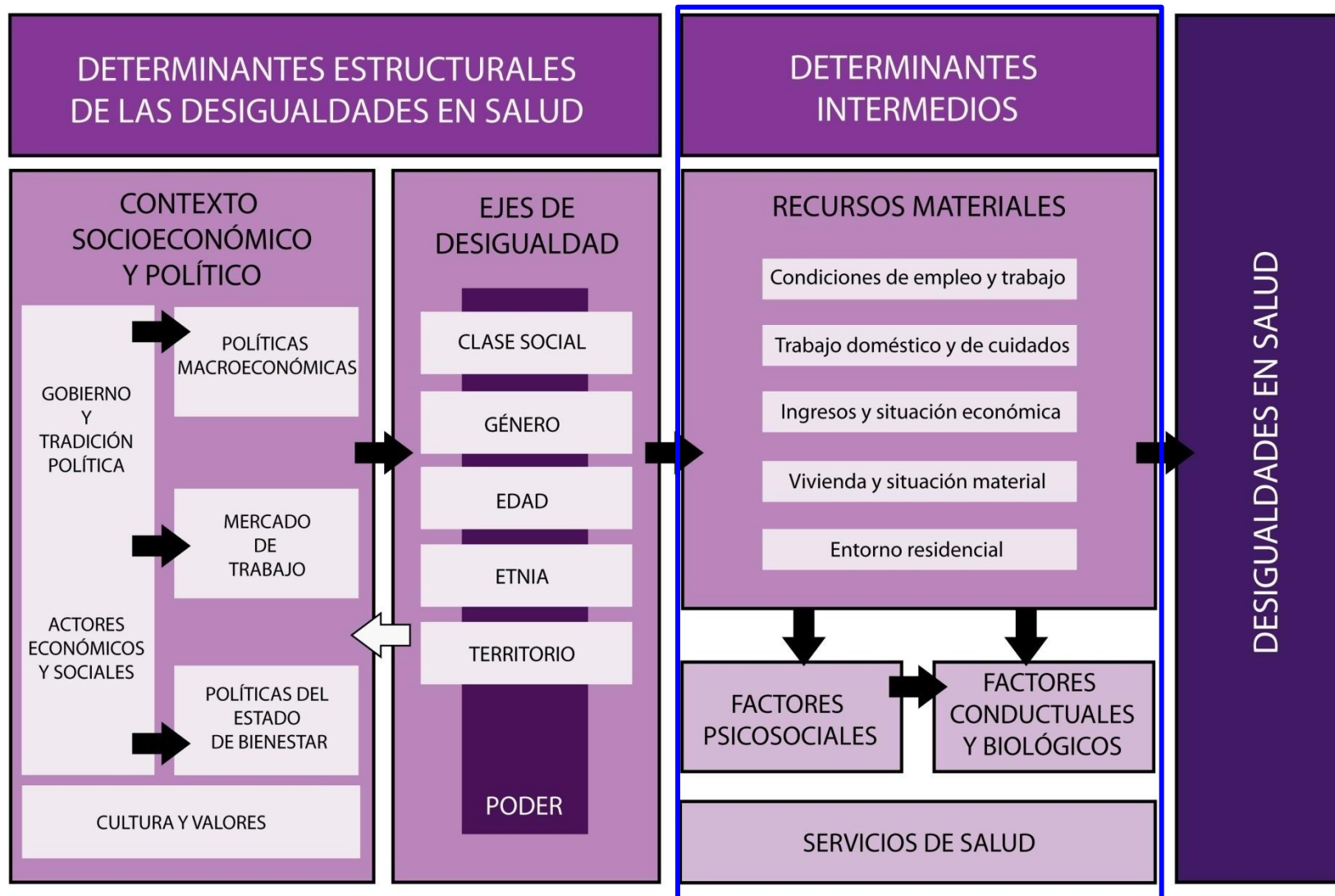
Ejemplos de políticas según el punto de entrada en el modelo conceptual

Punto de entrada en los determinantes estructurales como el contexto socioeconómico y político:

- Poder político: Fomentar el incremento de la participación electoral, en sindicatos, etc.
- Regulación de las grandes corporaciones
- Potenciación del estado del bienestar
- Políticas económicas: fiscalidad progresiva, pensiones para reducir la pobreza, etc.
- Políticas de mercado de trabajo: políticas de pleno empleo, reducción de la contratación temporal, control de los salarios, etc.



Los determinantes de las desigualdades en salud. Comisión para reducir las desigualdades en España





Ejemplos de políticas según el punto de entrada en el modelo conceptual

Punto de entrada en los determinantes intermedios:

- Mejoras materiales o psicosociales: condiciones de la vivienda, del barrio de residencia, riesgos psicosociales del trabajo.
- Factores conductuales: Potenciación de estilos de vida saludables con políticas pro-equidad (aumento de precios del tabaco, accesibilidad a alimentos saludables, espacios para realizar actividad física)
- Accesibilidad a los servicios de salud para toda la población, evitar las situaciones de pobreza a causa del pago a los servicios de salud.



Ejemplos de políticas según el punto de entrada en el modelo conceptual

Punto de entrada en los determinantes intermedios:

- Mejoras materiales o psicosociales: condiciones de la vivienda, del barrio de residencia, riesgos psicosociales del trabajo.
- Factores conductuales: Potenciación de estilos de vida saludables con políticas pro-equidad (aumento de precios del tabaco, accesibilidad a alimentos saludables, espacios para realizar actividad física)
- Accesibilidad a los servicios de salud para toda la población, evitar las situaciones de pobreza a causa del pago a los servicios de salud.



Ejemplos de políticas según el punto de entrada en el modelo conceptual

Punto de entrada en los determinantes intermedios relacionados con la salud bucal:

- Fomentar la fluorización
- Acceso a alimentación saludable
- Aumento de tasas de tabaco y alcohol
- Facilitar el acceso a la atención dental
- Legislar para la producción local de productos de calidad para la higiene dental



La importancia de los estilos de vida



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed

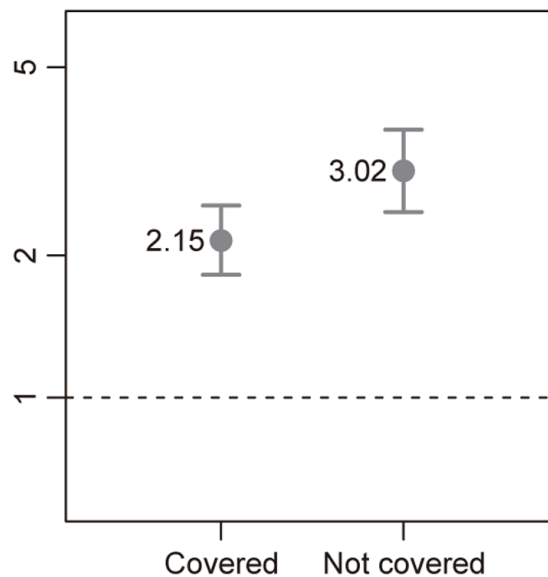
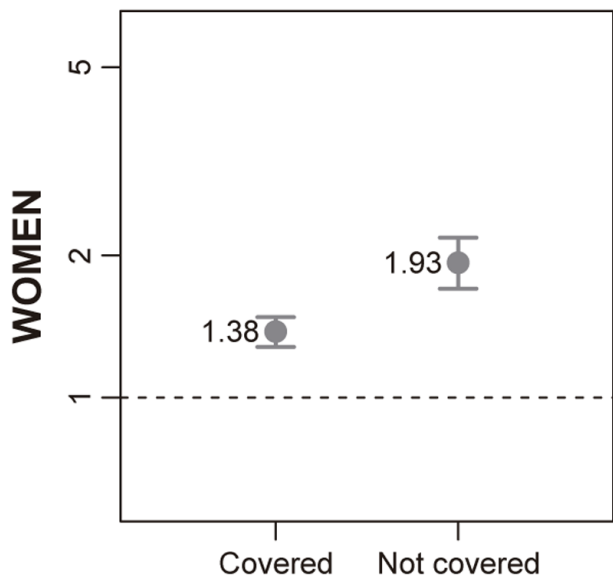
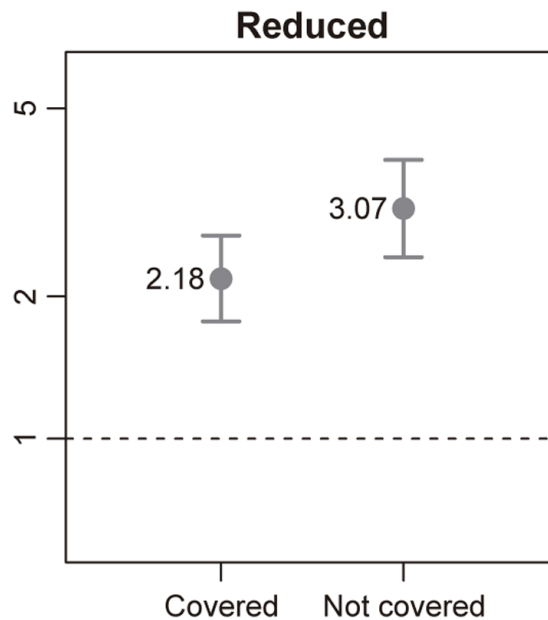
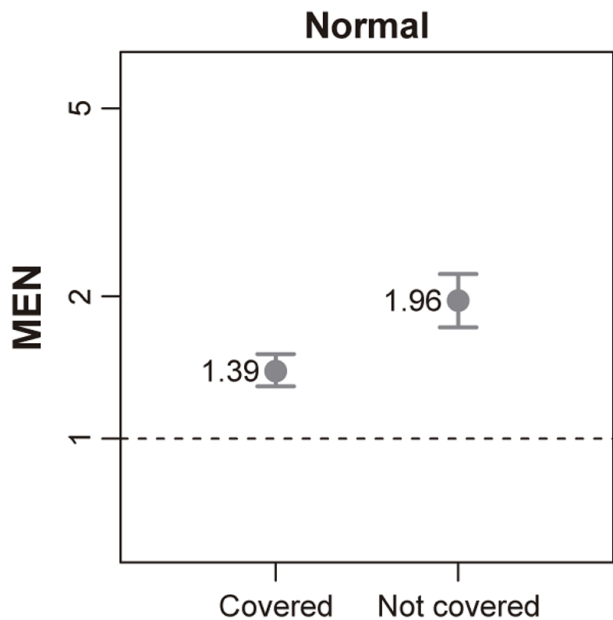


The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health

Wael Sabbah*, Georgios Tsakos, Aubrey Sheiham, Richard G. Watt

Epidemiology and Public Health, 1-19 Torrington Place, University College London, London WC1E 6BT, United Kingdom

- Son individuales
- Culpabilizan a las personas
- Son determinados socialmente



Desigualdades según nivel de estudios en la utilización de servicios dentales según la cobertura y la capacidad de masticar. Hombres y mujeres > 50 años, 11 países europeos

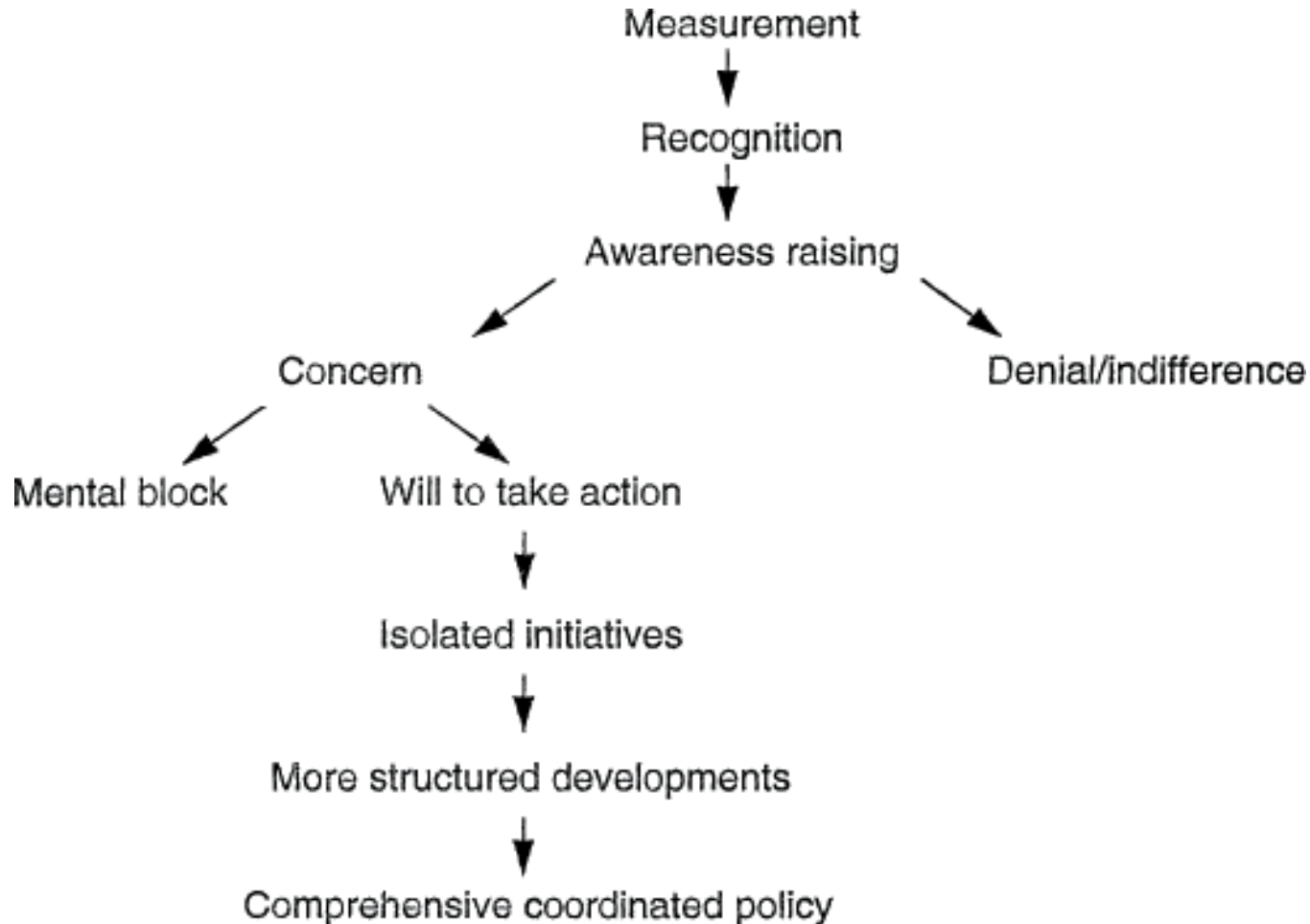


¿Prevención para los pobres y tratamiento para los ricos?

“El Banco Mundial (1993) señaló que las terapias para el SIDA eran muy costosas para países en vías de desarrollo y recomendó centrar recursos y esfuerzos únicamente en prevención. Brasil, contrariando esta propuesta, decidió ofrecer tratamiento universal y gratuito a todas las personas que lo necesitaban y mostró que no solamente los esfuerzos preventivos se favorecen con el tratamiento. Mientras el Banco Mundial estimó que Brasil iba a tener 1,2 millones de personas infectadas en el cambio de siglo, a finales de 2001 Brasil, integrando prevención con tratamiento, sólo contaba con 600.000 brasileños infectados, mostrando una reducción del 50% en las estimaciones previstas y un control efectivo de la epidemia.”

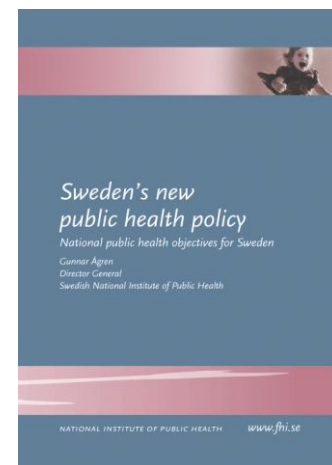
Políticas en países Europeos

Diferentes fases





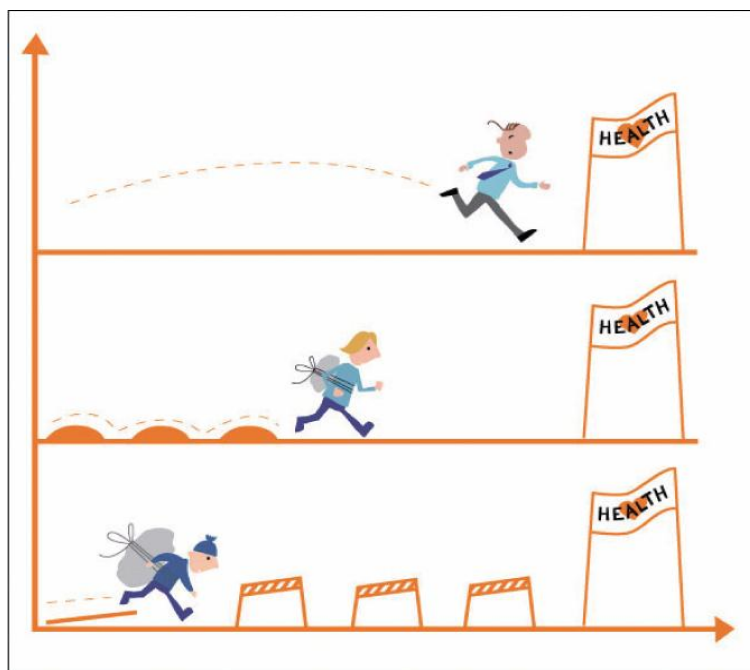
Objetivos de la Política de Salud Pública de Suecia



1. Participación e influencia en la sociedad
2. Seguridad económica y social
3. Condiciones seguras y favorables durante la infancia y la adolescencia
4. Una vida saludable en el trabajo
5. Ambientes y productos saludables y seguros
6. Servicios de salud que promuevan más activamente la buena salud
7. Protección efectiva contra las enfermedades transmisibles.
8. Sexualidad segura y buena salud reproductiva.
9. Aumento de la actividad física
10. Dieta saludable y alimentos seguros
11. Prevención del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, una sociedad libre de drogas ilegales y la reducción de los daños asociados a la adicción al juego.



Estrategia Nacional para reducir las desigualdades en salud. Noruega



Las desigualdades



Las políticas



Estrategia Nacional para reducir las desigualdades en salud. Noruega. Políticas.

- Parte I. Reducir las desigualdades sociales que contribuyen a las desigualdades en salud.
 - ✓ Objetivo: Reducir las desigualdades económicas.
 - ✓ Objetivo: Asegurar las condiciones seguras en la infancia.
 - ✓ Objetivo: Ambientes de trabajo saludables.
- Parte II: Reducir las desigualdades en las conductas relacionadas con la salud y en el acceso a los servicios de salud.
 - ✓ Objetivo: Reducir las desigualdades en las conductas.
 - ✓ Objetivo: Servicios de salud equitativos



Estrategia Nacional para reducir las desigualdades en salud. Noruega. Políticas.

- Parte III. Promover la inclusión social.
 - Objetivo: Mejores condiciones de vida para los más desaventajados.
- Parte IV: Desarrollar conocimiento e instrumentos intersectoriales.
 - Objetivo: Monitorización anual.
 - Objetivo: Todos los sectores de la sociedad adquieren responsabilidad.
 - Objetivo: Mejorar el conocimiento de las causas y de las intervenciones efectivas.



World Health
Organization



Commission on
Social Determinants of Health

Closing the gap in a generation

Health equity through action on
the social determinants of health



Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS, 2008



Recomendaciones generales de la Comisión

1 Mejorar las condiciones de vida

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

2 Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

3 Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. Para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública.

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



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



Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Estrategias propuestas (n=166)

Grandes partes y áreas	Nº de recomendaciones
Parte I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos	
Área 1. Salud y equidad en todas las políticas	7
Área 2. Financiación justa y gasto público para la equidad	8
Área 3. Poder político y participación	6
Área 4. Buena gobernanza mundial	5
Parte II. Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital	
Área 5. Infancia	21
Área 6. Empleo y trabajo	23
Área 7. Envejecimiento	21
Parte III. Entornos favorecedores de la salud	
Área 8. Entornos físicos acogedores y accesibles	9
Área 9. Acceso a una vivienda digna	7
Área 10. Entornos favorecedores de hábitos saludables	17
Parte IV. Servicios sanitarios	
Área 11. Un sistema sanitario que no causa desigualdad	32
Parte V. Información, vigilancia, investigación y docencia	
Área 12. Información, vigilancia y evaluación	3
Área 13. Investigación	4
Área 14. Docencia	3

GRACIAS, GRÀCIES

cborrell@aspb.cat

@carne1848

También a Marco Cornejo por
su ayuda