

Javier Segura del Pozo

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Segura del Pozo, Javier, 1955-

Desigualdades sociales en salud : conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010) / Javier Segura del Pozo. – Bogotá : Universidad Nacional de Colombia.

Doctorado Interfacultades en Salud Pública, 2013

160 p.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN : 978-958-761-477-0

1. Salud pública 2. Medicina social 3. Desigualdad social 4. Política pública
I. Tit.

CDD-23 362.1 / 2013

© UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS, FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS,
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

© *Javier Segura del Pozo*

Diseño de portada y portadillas

Gustavo Antonio Díaz Toro

Impresión

Impresol Ediciones, para la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

ISBN: 978-958-761-477-0

Primera edición abril de 2013

Las ideas y opiniones expresadas en este libro son responsabilidad del autor

Esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente siempre y cuando se cite la fuente y sea utilizada con fines académicos y no lucrativos.

*Para Montse, Manu y Claudia, por su gran
amor y apoyo cotidianos, por ser fuente de orgullo,
destino de mi pasión y dar sentido a mi vida.*

*Para Paco y Esperanza, por su valiosa semilla
y firme ejemplo de rebeldía frente a la injusticia social
e inconformismo frente a “lo establecido”.*

*Para Robert y Cristina, que, al igual que los anteriores,
forman parte de mis raíces y amores.*

Rector

Ignacio Mantilla Prada

Vicerrector Sede Bogotá

Diego Fernando Hernández Losada

Decano Facultad de Medicina

Raúl Esteban Sastre Cifuentes

Decano Facultad de Odontología

Manuel Roberto Sarmiento Limas

Decana Facultad de Enfermería

Renata Virginia González Consuegra

Decano Facultad de Ciencias

Jesús Sigifredo Valencia Ríos

Decano Facultad de Ciencias Humanas

Sergio Bolaños Cuéllar

Coordinadora del Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Martha Lucía Alzate Posada

Corrección de textos

César Cortés R.

Diseño y diagramación

Gustavo Antonio Díaz Toro

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	13
REFLEXIÓN INICIAL (Sobre el objeto del libro y el autor).....	19
1. INTRODUCCIÓN	23
1.1. La epidemiología social está de moda	25
1.2. Antecedentes históricos de la preocupación por las desigualdades sociales en el campo de la salud	26
• De Hipócrates a Koch	26
• Ramazzini y la salud laboral	27
• Siglos XVIII y XIX: Revolución industrial y estadísticas sanitarias (mortalidad entre ricos y pobres)	28
• La (contra)revolución bacteriológica	30
• El modelo de la caja negra	31
• El interés en auge por lo social.....	33
1.3. La Medicina Social, como precedente de la epidemiología social	33
2. MODELOS CONCEPTUALES EN LOS ESTUDIOS DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD	35
2.1. Qué entendemos actualmente por desigualdades sociales en salud	37
• Diferente, desigual e inicu	38
• Socialmente injusto, potencialmente evitable	39
• Definiciones	39
• ¿Cuál es tu teoría sobre la justicia social?	40
• El esquema de Margaret Whitehead	41
2.2. Modelos conceptuales y operativos sobre su génesis	43
• El modelo río y las soluciones “corriente arriba” o “corriente abajo”	44
• El modelo de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010	46

3. MEDIDAS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.....	49
3.1. Las medidas de la posición social	51
• La clase social	52
• Tradición marxista de clase social	53
• Tradición weberiana de clase social	54
• La clase ocupacional	55
• El nivel educativo	58
• Efecto cohorte y efecto género en el nivel educativo.....	60
• Ventajas e inconvenientes de utilizar la variable nivel educativo	60
• Los ingresos.....	62
• Las medidas de privación social a nivel de área geográfica	63
• ¿Por qué utilizar indicadores de privación de áreas geográficas?	64
• Los estudios de áreas geográficas pequeñas.....	65
• Unidades geográficas en vez de individuos. Estudios ecológicos	66
• Mejor áreas geográficas pequeñas.....	66
• Georreferenciación y Sistemas de Información Geográficos (SIG).....	69
• Falacia ecológica y falacia atomista.....	69
• La perspectiva de la trayectoria vital (Lifecourse perspective)	69
3.2. Las medidas del nivel de salud	72
• Mortalidad general	72
• Mortalidad por causas	73
• Salud percibida.....	73
• Prevalencia de enfermedades crónicas	74
• Utilización de servicios	74
3.3. Las medidas del grado de relación entre la posición social y el nivel de salud	74
• Factores a considerar en la interpretación y el diseño de las medidas	77
3.4. Los límites de la epidemiología y de sus medidas	80
• La complejidad de lo social y el método epidemiológico.....	80
• Abocados a la frustración.....	81
• ¿Es posible una epidemiología (social) mestiza?.....	81
4. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS MÁS RELEVANTES A NIVEL INTERNACIONAL	83
4.1. La corriente epidemiológica alternativa de los años 60 y 70	85
• Geoffrey Rose y la estrategia poblacional	85
• Hilary Graham y las madres irresponsables	86
• Nuevas revistas	86
• Mervin Susser, activista antes que epidemiólogo	86
• Los herederos de Susser: Nancy Krieger	88
4.2. El sueño epidemiológico de las ciudades-laboratorio.....	88
• El estudio del condado de Alameda	90

• El vecindario sí que importa	91
• Las redes sociales	92
4.3. La medicina social en Latinoamérica.....	92
4.4. El estudio Whitehall.....	95
• El primer estudio Whitehall	95
• Desmontando dos mitos.....	97
• El estudio Whitehall II.....	98
4.5. El Informe Black (The Black Report)	99
• El contexto y la tarea	99
• Las conclusiones	101
• Las recomendaciones	102
• Las reacciones.....	102
4.6. El Informe Acheson (Independent Inquiry into Inequalities in Health)	103
• El encargo	104
• Resultados del informe	104
• Las 39 recomendaciones	107
4.7. La aplicación del informe Acheson: La Estrategia para reducir las DSS en el Reino Unido (1999-2010)	108
• Evaluación transparente e independiente de las políticas públicas	108
• El recorrido y sus jalones	109
• “Tackling health inequalities, a Programme for Action” (2003)	111
• “Status Report on the programme for action” (2007)	113
• El Informe Marmot (The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010”).....	115
• La renovación de los peores vecindarios (Las zonas de acción especial).....	117
• Los centros de vida saludable (“Healthy living centres”).....	118
• La evaluación de la experiencia 1999-2010 por Margaret Whitehead.....	119
4.8. Las políticas para reducir las desigualdades sociales en Europa	122
4.9. Los estudios e intervenciones escandinavos y en los Países Bajos	124
4.10. Los estudios multicéntricos europeos	125
• El proyecto EUROTINE.....	127
• Los hechos probados sobre los determinantes sociales en salud (The facts)	128
4.11. Los estudios de impacto en salud de las políticas públicas (epidemiología política)	128
4.12. El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS de 2008 (Closing the gap in a generation).....	129
• El encargo y la organización	129

• Las recomendaciones	130
• El informe de la Sociedad Civil.....	134
5. ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS MÁS RELEVANTES A NIVEL DEL ESTADO ESPAÑOL.....	135
5.1. El Informe Navarro-Benach. Desigualdades sociales en salud en España. Comisión Científica de Estudio de las Desigualdades Sociales de Salud en España (1996).....	137
• El encargo	139
• El análisis	139
• Las recomendaciones	141
5.2. Los Atlas de mortalidad de España.....	142
• El estudio de mortalidad 1990-1992 en el Informe Navarro-Benach: (1996)	142
• Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992 (1996)	143
• Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España 1987-1995, (2001)	143
• Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998 (2006)	144
• Atlas de mortalidad en ciudades de España 1996-2003, (2008)	144
5.3 El Proyecto MEDEA. (Mortalidad en áreas pequeñas..... Españolas y Desigualdades socio-económicas y ambientales), 2005-2007	144
5.4. El Informe de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (Ministerio de Sanidad y Política Social-2009)	146
Encargo y organización	146
Estructura del informe	147
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149
ÍNDICE DE TABLAS	158
ÍNDICE DE FIGURAS	159

PRESENTACIÓN

Pocas veces se tiene la posibilidad de realizar la presentación de un libro excelente como este conociendo personal, académica y profesionalmente a su autor, sobre todo en una época de “globalización” donde contradictoriamente el contacto entre las personas es cada vez más difícil y más por el hecho de encontrar una persona con la coherencia de cumplir con el deber del salubrista que ha logrando con éxito el duro ejercicio de una especialidad transdisciplinar de la mayor importancia social no valorada a menudo como tal, por eso agradezco y felicito este esfuerzo editorial que acertadamente asumió el Doctorado Interfacultades de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia para su publicación.

El libro nace del trabajo apasionado que sin descanso ni lucro efectúa el médico salubrista español Javier Segura del Pozo difundiendo “virtual o electrónicamente” materiales de acceso libre sobre salud pública, bien en forma de cursos, libros, artículos o reflexiones que produce como un pionero que aprovecha la era de las “nuevas tecnologías” y que me permitió conocerlo e intercambiar progresivamente opiniones y materiales de gran valor “histórico” en el estudio de la salud pública.

Esa pasión, sin duda, de vocación educativa se combina con un ejercicio profesional en el Instituto de Salud Pública de Madrid al servicio, una vez más, de la gente y con una trayectoria profesional que se acerca a los 30 años en responsabilidades sanitarias operativas y directivas. Dos visitas a Colombia del profesor Javier durante los años 2011 y 2012, se sumaron a ese intercambio electrónico y han enriquecido el placer y el honor que constituye para mí la posibilidad de presentar un trabajo llamado a convertirse en texto básico de consulta y referente para futuras publicaciones relacionadas con las desigualdades en salud y su superación y que, por supuesto, no niega sino que, por el contrario, estimula y felicita otros esfuerzos emprendidos en el Doctorado y

por profesionales vinculados a él, en una temática más que prioritaria: inapla-
zable para el país.

Es claro que los valores e ideales por un mundo mejor mueven a nuestro co-
lega español a realizar una obra titánica en pro de la salud pública, es decir,
de ejercicio de “ciudadanía del mundo”, al que nos invita, como lo hiciera en
otra época de crisis mundial Henry Sigerist y aunque él nos explicará en las
primeras páginas sus razones para escribir el libro debo decir que me parece
necesario hablar de su publicación en Colombia. En ese ejercicio de com-
partir “materiales” en redes electrónicas que practica el profesor Segura, no
sin amenazas o riesgos, aprovechando esos pocos espacios para globalizar la
solidaridad y el conocimiento que tanta falta hacen, fue como pude acceder a
informaciones e historias apasionantes que no es fácil encontrar, y logré hacer
articulaciones que aunque hoy me parecen tan evidentes, tal vez o no hubiera
descubierto o seguramente habría invertido mucho más tiempo para conse-
guirlas, materiales que además de tener un difícil acceso organiza en cursos, de
ingreso libre, amablemente escritos, con una excelente bibliografía y muy bien
ilustrados. Fue para mí como encontrar fichas claves del rompecabezas que
me encontraba armando al investigar sobre aspectos histórico-conceptuales de
la atención primaria, la medicina social y salud pública y por ello dado que
había sido uno de los beneficiados, debía ser coherente y corresponder ayu-
dando a su difusión en Colombia y ojalá en América Latina, donde amigos y
colegas trabajan en estos temas, así como antes lo había hecho compartiendo
mis aprendizajes de personas e instituciones en Chile, Argentina y la querida
Italia que generosamente recibí y de los cuales me enorgullece en particular
haber ayudado a la segunda edición colombiana y primera chilena de la obra
antológica de Sigerist editada por Gustavo Molina Guzmán y traducida en la
cárcel de los médicos en 1973.¹

No deja de sorprenderme el valor que tiene la esperanza en las personas, pues
el profesor Javier Segura del Pozo vino sin conocer personalmente a sus an-
fitriones, hoy amigos suyos, fue esa confianza en la humanidad, en la soli-
daridad y en el deseo siempre dispuesto de compartir preciosos materiales
que otros guardan bajo la llave del egoísmo, lo que nos permite que hoy los
presentemos como libro impreso a la comunidad universitaria de Colombia
comprometida con la superación de las desigualdades en salud que el país,

1 Sigerist H. *Selecciones de Historia y Sociología de la Medicina*. Molina G. (Ed.). Editorial
Universidad Nacional de Colombia. 2ª ed. Bogotá. 2007.

desigualdades que tristemente se incrementan cada año y se agravan con el actual modelo de sistema de salud, que va en contra de los valores más básicos del ser humano y supeditan a la salud como vulgar mercancía donde la mayoría no accede o recibe servicios que no se corresponden a la dignidad de los ciudadanos y comunidades.

El libro que el profesor Segura nos ofrece llamado “Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones”, hace justicia –como corroborará el lector– al orden de presentación pero sobre todo a un enfoque propuesto para su abordaje y estudio orientado a la acción en pro de la superación de las desigualdades sociales, además estos materiales hicieron parte del curso dictado sin remuneración en la Universidad Nacional de Colombia a finales de octubre de 2012 y además en compañía de su colega, la doctora Mercedes Martínez con quien compartió su trabajo profesional de promoción de la salud poblacional que desarrollan desde el Instituto de Salud Pública de Madrid a través de la estrategia denominada “Madrid Saludable”, y lo hicieron generosamente ante la Universidad Nacional, con el Ministerio de Salud y también en la provincia colombiana, en el Cauca, uno de los departamentos con mayor pobreza del país y más golpeados por la guerra que vivimos. Esto tuvo lugar con los profesionales de la Secretaría Departamental de Salud y ante la Universidad del Cauca como parte de un eje del plan departamental de salud denominado hermanamiento y cooperación.

En el texto luego de una presentación contextual y conceptual que incluye aportes básicos de América Latina, el lector encontrará los principales estudios y las intervenciones realizadas en Europa con particular detalle en España. Así también las medidas para estudiar las desigualdades esto es: las medidas de la posición social, del fenómeno salud-enfermedad y su relación entre estas y además experiencias de estudio de especial interés realizadas por Universidades en “ciudades laboratorio”. La riqueza de los aportes de la Medicina Social en América Latina son reconocidos por el doctor Segura, no solo los más conocidos desde los años setenta y en experiencias como la ALAMES, sino también personajes como los chilenos Hernán San Martín y el gran médico y estadista Salvador Allende y aunque no los mencione debemos recordar también a sus compañeros de generación Gustavo Molina Guzmán, quien falleció en Colombia en 1978, mientras en Chile se imponían las políticas neoliberales que aún soportamos en toda América Latina y Hugo Behm Rosas, fallecido en 2011 (casi a los 100 años) en un exilio que nunca terminó. Por eso para

mí es importante tener siempre presente los trabajos realizados en América Latina desde la Medicina Social, la Salud Pública y desde la Salud Colectiva, corriente que está llamada a desarrollarse y compartirse en el mundo, en cuya génesis en Brasil tiene a personajes como Cecilia Donnangelo y Sergio Arouca y difundida en español brillantemente por los colegas y amigos de la Universidad Nacional de Lanús liderados por ese gran salubrista, pediatra Juan César García, y por el sobre todo gran ser humano Hugo Spinelli con quien me siento profundamente agradecido por su acogida al nutrirme de esa corriente que he compartido con el profesor Segura, quien por esa vocación de investigador perspicaz ya ha habido tenido acercamiento y encuentros con los colegas brasileros, que se presentarán en el libro, como por ejemplo Naomar de Almeida, uno de los principales exponentes de esta corriente.

Que el libro se cierre en 2010, tiene la deuda de los viajes a Venezuela y Colombia y seguramente otros más que tendrá nuestro querido amigo que ha propuesto la necesidad de contar con una epidemiología mestiza² que suena también no solo a combinar enfoques sino geografías, llamado que también hace Nancy Krieger³ con su libro sobre teoría epidemiológica y estoy seguro de que en la medida en que podamos avanzar en este ejercicio de solidaridad ello permitirá ayudar a reconocer internacionalmente deudas como las que tenemos con epidemiólogos de los más importantes como de los menos conocidos, que no es un hecho menor sino que se trata de un hecho político que muestra que la dictadura y el poder oscuro y opresor aún actúan como ocurrió con el doctor Hugo Behm Rosas^{4,5}, o con los colombianos César Uribe Piedrahita, Santiago Rengifo Salcedo y Héctor Abad Gómez, entre una lista enorme y sus alumnos y alumnos de ellos⁶.

Finalmente, en este momento vienen a mi memoria las palabras de agradecimiento del misionero italiano Antonio Bonanomi desde el Cauca en un evento donde la Naciones Unidas resaltaban el desarrollo social logrado por

2 Epidemiología mestiza. Gaceta Sanitaria. 2007; 21(1):88.

3 Kriger N. Epidemiology and the People's Health: Theory and Context. Oxford University Press. New York. 2011.

4 Carvajal Y. Hugo Behm: Un icono para los salubristas de América. Revista Chilena de Salud Pública. 2011; 15(1):46-51.

5 Molina G. et al. Dr. Hugo Behm Rosas. Pionero de la medicina social. Salud Colectiva. 2011;7(2):255-258.

6 Apráez -Ippolito G. En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. Universitas Odontológica. 2010; 29(63):29-36.

las comunidades históricamente abandonadas por el estado: decía que a su corazón llegaban tres palabras: agradecimiento, memoria y compromiso, agradecimiento por toda la ayuda recibida de tantas personas, memoria pues no se debía olvidar que antes muchos otros habían luchado por un mejor mundo y finalmente compromiso con lo que se debía continuar, por eso gracias profesor Javier por compartir, gracias a todos lo que ayudaron a que sus visitas se realizarán, sé que tenemos en la Universidad el deber que rescatar a tantas personas que antes han luchado por la salud y que la publicación de este libro implica el compromiso de que en un tiempo podamos tener una nueva edición o un nuevo texto producto de ese intercambio entre América Latina y Europa y por supuesto otros países.

Giovanni Apráez Ippolito
Universidad Nacional de Colombia
Médico Universidad del Cauca, Popayán Colombia
Magíster en Salud Pública

REFLEXIÓN INICIAL

(Sobre el objeto del libro y el autor)

Sobre el objeto del libro

En las últimas tres décadas, han proliferado los estudios sobre desigualdades sociales en salud (DSS) o de epidemiología social, dando lugar a cientos de artículos, publicaciones institucionales y libros sobre el tema. Sin embargo, la mayoría de los estudiantes, profesionales o simplemente curiosos, que se quieren acercar al campo por primera vez, encuentran ciertas dificultades para encontrar la entrada adecuada a este laberinto. Echan en falta un manual o una guía que ofrezca una primera visión general sobre el tema, jerarquice, relacione y contextualice los productos y permita situarse en el primer escalón y encrucijada, antes de decidir profundizar y optar por recorrer algunos de los múltiples pasillos interconectados de los determinantes sociales de la salud. Estas barreras, están especialmente presentes en el caso de los hispanohablantes, con dificultades para entender el inglés, que es el idioma dominante, también en este campo del saber.

Este es el objeto del libro, que esperamos haber cumplido, aunque sólo sea en parte. Nuestra intención no ha sido la exhaustividad en la recopilación de los estudios, sino en ofrecer una fotografía general sobre los principales conceptos, métodos, estudios y políticas de intervención sobre las desigualdades sociales en salud en nuestro entorno, a través de los estudios que consideramos como más significativos, pioneros, y que han sido más referenciados o que, en algunos casos, simplemente nos impresionaron o “nutrieron” más. Nos hemos centrado especialmente en Europa, porque es donde, según nuestra opinión, se ha hecho un mayor esfuerzo, no solo por desarrollar estudios, sino por aplicar las recomendaciones de los mismos en las políticas públicas. El caso del Reino Unido ocupa una parte importante en el libro. El informe Black de 1980 sigue siendo una referencia para los estudios de DSS, tal como lo fueron

otros estudios que le precedieron y le siguieron: informe Whitehall, informe Acheson, informe Marmot, etc. No menos interesantes han sido las experiencias de intervenciones políticas realizadas en este país durante la década 1999-2010, que acaba en el momento de cerrarse la redacción de este libro.

Los gobiernos laboristas británicos y socialdemócratas escandinavos llevan varias décadas empeñados, con mayor o menor ahínco, en demostrar que es posible reducir la brecha de las desigualdades, sin cambiar el sistema político-económico, que para muchos es la fuente que la genera, es decir, el sistema capitalista. Este empeño, independientemente de la valoración ideológica que merezca, tiene el valor de haber estimulado el diseño de instrumentos para medir las desigualdades, de haber apoyado la formación y la investigación sobre estudios que relacionan diferencias en la posición social con diferentes niveles de salud, y de haber financiado y respaldado políticamente intervenciones sobre grupos sociales concretos, problemas de salud específicos o en áreas geográficas determinadas. En cierto sentido, esta emergencia de investigadores, evidencias, publicaciones, cursos, congresos, ha ganado cierta influencia en las universidades, en las administraciones públicas, en los medios de comunicación, e incluso en los gobiernos y parlamentos, consiguiendo retar el paradigma dominante hasta la mitad del siglo XX, en la salud pública, la epidemiología y las políticas de salud, que descontextualizaba socialmente la enfermedad, medicalizaba y farmacologizaba su abordaje, cuando no culpabilizaba al individuo enfermo por su “estilo de vida”.

No obstante, como defendemos en algunas partes del libro, las propias limitaciones del método epidemiológico y estadístico, a veces han dificultado un adecuado acercamiento a la cuestión y han provocado una simplificación de la complejidad social de este tipo de desigualdades.

Por ello, y por estar más cerca, en muchos aspectos, de nuestra cultura, también hemos reivindicado y recomendado en el libro el conocimiento de la rica producción de la Medicina Social Latinoamericana. Que, en general, ha estado comprometida con cambios más radicales del *estatus quo* político-económico, y ha sabido combinar las concepciones y los instrumentos de la investigación cualitativa en salud, con las clásicas herramientas cuantitativas de la epidemiología.

Estamos en la era digital, en la que el acceso a la información está “a golpe de clic” de una descarga. Por ello, hemos intentado servir al curioso que se introduce en el campo, aportándole los enlaces a los documentos que se

mencionan, cuando hemos sabido que están disponibles y accesibles. El lector encontrará decenas de ellos para llenar el disco duro de su ordenador, a la espera de encontrar el tiempo para leerlos. Por desgracia, muchos de ellos están en inglés.

Finalmente, hemos querido dedicar un capítulo a los valiosos estudios realizados en España en las últimas dos décadas, que esperamos auguren un prometedor futuro a la epidemiología y la medicina social españolas, más allá de modas y coyunturas políticas.

Sobre el autor

Al igual que se reivindica la contextualización histórica, geográfica, política y humana del saber, tenemos que dar algunas pinceladas sobre el autor y su trayectoria profesional para proporcionar claves a los lectores, no solo sobre sus limitaciones intelectuales, sesgos profesionales y obsesiones personales, sino sobre las lógicas de su posicionamiento en temas controvertidos o sobre el sentido de la selección de estudios y estudiosos que se ha realizado.

Javier Segura del Pozo se define como *médico salubrista*, porque ha centrado su formación y su práctica en la Salud Pública durante más de 25 años. Aunque originalmente hizo la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, “colgó el fonendoscopio” muy tempranamente por seducirle más la vertiente colectivo-comunitaria que la clínico-familiar de la especialidad. Al ser la oferta docente en Salud Pública escasa en los años ochenta tuvo que formarse “a golpe de masters” (y otros cursos), llegando a coleccionar tres Máster: en Salud Pública, en Epidemiología Aplicada de Campo y en Administración Pública.

Ha trabajado en diferentes áreas de Salud Pública (Salud Ambiental, Higiene Alimentaria, Gestión de servicios, Vigilancia Epidemiológica, Análisis de Salud Pública, Promoción de la Salud), y ha ejercido varios puestos de responsabilidad, en la administración de salud pública de la Comunidad de Madrid, donde ha desarrollado la mayoría de su carrera profesional.

Desde hace cinco años trabaja para el Ayuntamiento de Madrid, su Instituto de Salud Pública (Madrid Salud), como Jefe del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental.

Ha sido consultor de organizaciones internacionales como el ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*= Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades), situado en Estocolmo, y la Orga-

nización Mundial de la Salud (OMS), interviniendo como analista en salud pública en misiones internacionales en Oriente Medio. En los últimos dos años ha asesorado a diferentes instituciones, organizaciones y profesionales de Venezuela y Colombia.

Sus campos de trabajo preferidos son las desigualdades sociales en salud, el análisis de salud pública, el análisis institucional y los procesos de cambio en las organizaciones. Ha trabajado en diferentes procesos de reforma: reforma de la atención primaria, reforma de la administración de salud pública y, especialmente de los servicios territoriales de salud pública. En la actualidad está trabajando en la reorientación comunitaria de los centros municipales de prevención y promoción de la salud de la ciudad de Madrid (Centros Madrid Salud), en el marco del proyecto “Estrategia Gente Saludable 2010-2015” (1, 2), donde intenta poner en práctica gran parte de los conceptos y estrategias expuestas en este libro sobre las desigualdades sociales en salud.

Ha participado en varios proyectos de investigación o comisiones de estudios relacionadas con las DSS, algunas de ellas se mencionan en el libro (proyecto MEDEA I, Libro Blanco de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Comisión para reducir las DSS en España, del Ministerio de Sanidad y Política Social). También ha coordinado y ha sido docente en varios cursos sobre DSS impartidos en escuelas universitarias, escuelas de salud pública o foros sindicales. Le gustan, entre las cosas confesables, los buenos libros, el buen cine, viajar y aprender idiomas. Asimismo, le gusta la filosofía, la psicología social, las ciencias sociales y la enseñanza. Disfruta escribiendo, editando y compartiendo dudas en su blog (“Salud Pública y algo más”(3), hasta noviembre 2012; “Salud Pública y otras dudas”(4), a partir de diciembre 2012)

Una parte importante de los textos aquí publicados son una recopilación revisada de los materiales diseñados para los cursos de desigualdades sociales en salud, impartidos en Madrid de 2005 a 2008, además de los artículos publicados en el blog “Salud Pública y algo más” de 2007 a 2012 (5).

Madrid, diciembre de 2012
javier.seguradelpozo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

1.

1.1. La epidemiología social está de moda

Los estudios de desigualdades sociales en salud intentan mostrar y demostrar la relación entre los estados de salud y la pertenencia a un estrato o condición social. La mayoría de estos estudios se pueden situar en el campo bautizado como de epidemiología social. Es decir, utilizan los conceptos y las herramientas de la epidemiología, pero se interesan especialmente por la relación de la salud con el contexto social. Aunque el término “epidemiología” ya lleva implícito el concepto social (la traducción literal de “epi-demos” es “sobre el pueblo”), a mediados del siglo XX hubo que añadirle la palabra “social” a este enfoque de la epidemiología, para diferenciarla de la epidemiología dominante. Esta centraba sus intereses en los factores individuales, especialmente los llamados hábitos de salud o estilos de vida (por ejemplo, fumar, llevar una vida sedentaria, tener una alimentación inadecuada, etc.), o en los conocimientos asociados a las decisiones clínicas (epidemiología clínica), principalmente la prescripción de medicamentos u otros procedimientos terapéuticos.

Después de un tiempo en que esta rama de la epidemiología (la social) era marginal al sistema disciplinario-académico dominante, ahora parece que está de moda. No solo se publican cada vez más estudios de este tipo en las revistas científicas y hay mayor interés por ellos en los jóvenes epidemiólogos, sino que este interés empieza a extenderse a los gobernantes. Muestra de ello es el impacto que está teniendo el reciente estudio de determinantes sociales de salud de la OMS/ONU, o la incorporación de análisis de situación de las DSS, y de objetivos de reducción de las mismas, en algunas agendas políticas europeas, nacionales, regionales y locales. En este libro, daremos cuenta de algunas iniciativas internacionales. En nuestro país, valga de ejemplo, el reciente estudio, impulsado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y presentado coincidiendo con la Presidencia española de la UE de 2010, e iniciativas similares en algunas CC.AA. y ayuntamientos.

1.2. Antecedentes históricos de la preocupación por las desigualdades sociales en el campo de la salud

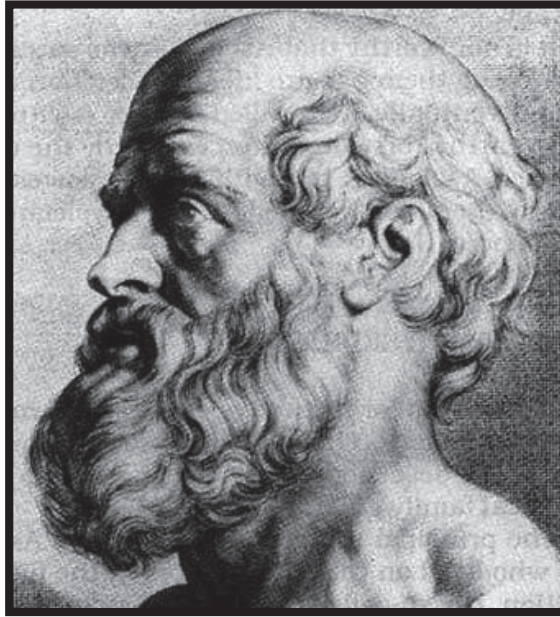
Cuando echamos la vista atrás, para recoger los antecedentes en que la medicina se interesa por las desigualdades sociales en salud (6), nos encontramos con dos tipos de narrativas. Unas, hacen un relato de una serie de personajes, por lo general médicos (de Hipócrates a Engels, pasando por Ramazzini, Virchow, Villermé, Chadwick, etc.), que se distinguieron en sus estudios y acciones por abogar por el interés en los componentes sociales de las enfermedades. Los estudios y acciones de estos médicos estarían justificados por una orientación personal hacia lo social y político, por lo general a contracorriente de las ideas dominantes de la Medicina. Sin embargo, hay otra forma de contemplar históricamente el interés de la medicina en lo social y en la pobreza. Es la visión de la Biopolítica foucaultiana, que intenta situar esta relación entre la medicina y lo social en las lógicas históricas de dominación desde el poder. Según ella, especialmente a partir del siglo XIX, la medicina se convierte en un importante instrumento de sujeción de las poblaciones y de apoyo a la asunción de las normas y los consecuentes patrones de “normalidad” y “anormalidad” establecidos desde arriba (7, 8). Veamos ambas perspectivas

De Hipócrates a Koch

La idea todavía vigente de que las enfermedades “vienen del cielo” o de elementos ajenos e incontrolables por nosotros, se basa en la primitiva concepción mágico-religiosa de la enfermedad como castigo divino, que para ser exorcizada exige ritos de expiación, sacrificio o expulsión del chivo expiatorio (recuérdese la culpabilización de los judíos durante las epidemias medievales de peste, que en nuestros días a veces parecen reaparecer cuando se acusa sin ninguna evidencia a ciertas minorías, como gitanos o inmigrantes, por la aparición de enfermedades).

Por lo general, se menciona a Hipócrates (Grecia, 460-332 a.C.) como una de las primeras referencias, de alguien que relacionó las enfermedades con el medio en que vivimos. En este caso, el medio físico. En su tratado “Sobre los aires, aguas y lugares” nos decía:

“...Quien desee estudiar correctamente la ciencia de la medicina deberá proceder de la siguiente manera:... informarse sobre la situación geográfica de las ciudades respecto a los vientos, el efecto del cambio de las estaciones, la calidad de las aguas, las costumbres dietéticas de sus habitantes, etc...”



Hipócrates

Su mérito fundamental fue el desarrollo de un sistema racional basado en la observación y la experiencia para el estudio de las enfermedades, cuyas causas atribuía a fenómenos naturales y no a intervenciones de los dioses o a fenómenos de tipo mágico-religioso. Sin embargo, en este tipo de relatos, para encontrar escritos y pensadores que defiendan la influencia del medio social (i.e. no solo del medio físico) y de la posición social en las enfermedades, tenemos que dar un salto en la historia.

Ramazzini y la salud laboral

Así, hay que avanzar hasta principios del siglo XVIII para encontrar estudios que relacionen las enfermedades con el trabajo y la profesión. Bernardino Ramazzini, considerado por muchos como el padre de la Salud Laboral, publica en 1700 en Florencia un trabajo pionero (“De morbis artificum diatriba”), donde examina las enfermedades profesionales de 41 tipos de ocupaciones, resaltando el papel de los factores sociales en la creación de la enfermedad.



Siglos XVIII y XIX: Revolución industrial y estadísticas sanitarias (mortalidad entre ricos y pobres)

Los siglos XVIII y XIX nos traen dos fenómenos fundamentales para el avance de los estudios que hoy podemos denominar como de Epidemiología o Medicina Social. Por una parte, la revolución industrial hace evidente la relación que hay entre la aparición de enfermedades infecciosas y la concentración demográfica de grandes masas de población trabajadora, atraída a las ciudades desde el campo, y viviendo en condiciones de insalubridad, hacinamiento y explotación. Por otra parte, el desarrollo de los registros de mortalidad y de la estadística sanitarias (para los lectores interesados les remitimos a un par de textos, en los que se habla sobre la obra de William Farr, las leyes de pobres, la General Register Office y el Movimiento de Salud Pública (9,10), hacen posible “echar cuentas” y calcular algo tan sencillo y contundente como la diferencia entre la edad media al morir de los pobres y los ricos. Así, resultaba que la muerte era “democrática”, pero no tanto (acaba llegando a todos, pero no de la misma forma y a la misma edad).



Trabajo infantil en Orange en 1724

Hay cuatro figuras de la época consideradas como referentes de los mencionados estudios: Villermé, Chadwick, Virchow y Engels, y que contribuyeron a revolucionar el pensamiento médico, al situar el control de las enfermedades en el terreno de la modificación de las condiciones de vida y del ambiente de las personas

Luis Villermé descubre el exceso de mortalidad en las familias de obreros empleados en las fábricas de tejidos e hilanderías de algodón en Mulhouse, en comparación con las familias de los gerentes de las mismas (No os perdáis el título de su obra principal: “El estado físico y moral de los obreros”).

Edward Chadwick observa como en Liverpool el promedio de vida era diferente para la aristocracia, los comerciantes o los obreros. Identificó la insalubridad como fuente de enfermedades y propuso una política de saneamiento.

Rudolf Virchow después de investigar brotes de enfermedades infecciosas en Alta Silesia y en Berlín concluye que la pobreza y las condiciones de vida de la clase obrera, incluyendo alimentación, vivienda acceso al agua potable y

alcantarillado, son los responsables de las diferencias en salud. Virchow concebía la medicina como una ciencia social, para él la política no era más que la medicina a gran escala

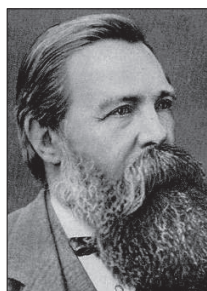
Federico Engels, más conocido por sus obras políticas que cómo médico, escribió en 1845 un estupendo estudio de antropología y epidemiología social llamado “La situación de la clase obrera en Inglaterra”, allí describe, fruto de un prolijo trabajo de campo y dotes de observación, los riesgos para la salud de los obreros ingleses de mediados del siglo XIX.



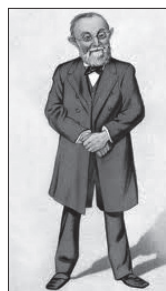
Louis Villermé



Edward Chadwick



Federico Engels,



Rudolf Virchow

La (contra) revolución bacteriológica

Sin embargo, a cada revolución le sigue una contrarrevolución. En este caso, al vuelco en los paradigmas dominantes para explicar las causas de las enfermedades, que supuso la idea revolucionaria de la importancia de las condiciones de vida como determinante de enfermedad y muerte, le siguió el descubrimiento de la existencia de los gérmenes, microbios y bacterias y de su papel en las enfermedades.

La ideología dominante hizo un buen uso de este descubrimiento para reivindicar de nuevo un origen “externo” (en este caso una bacteria) de la enfermedad y acusar de anticuados a los salubristas que defendían la necesidad de la alianza entre medicina y política para luchar contra las enfermedades. Para ello se aprovechó que el Movimiento de Salud Pública del siglo XIX, seguía anclado en la antigua teoría miasmática (miasmas), de resonancias hipocráticas, para explicar la transmisión de las enfermedades y que no había sido capaz de construir un modelo causal de enfermedad, que integrara los microorganismos como un agente intermedio entre las condiciones de vida y la enfermedad.

La revolución bacteriológica (que tuvo a Robert Koch, descubridor del microorganismo de la tuberculosis, el bacilo de Koch, como uno de sus referentes) infundió la idea de que la atención médica, a través del progreso de la farmacopea y de la tecnología sanitaria, erradicaría las principales enfermedades. La preocupación por el saneamiento de los barrios obreros, la alimentación de sus hijos, las exposiciones a tóxicos en los lugares de trabajo o la jornada laboral, era una cuestión que no entraba en el campo de batalla de la Medicina, sino de las luchas sociales por las diferencias de intereses de clase.

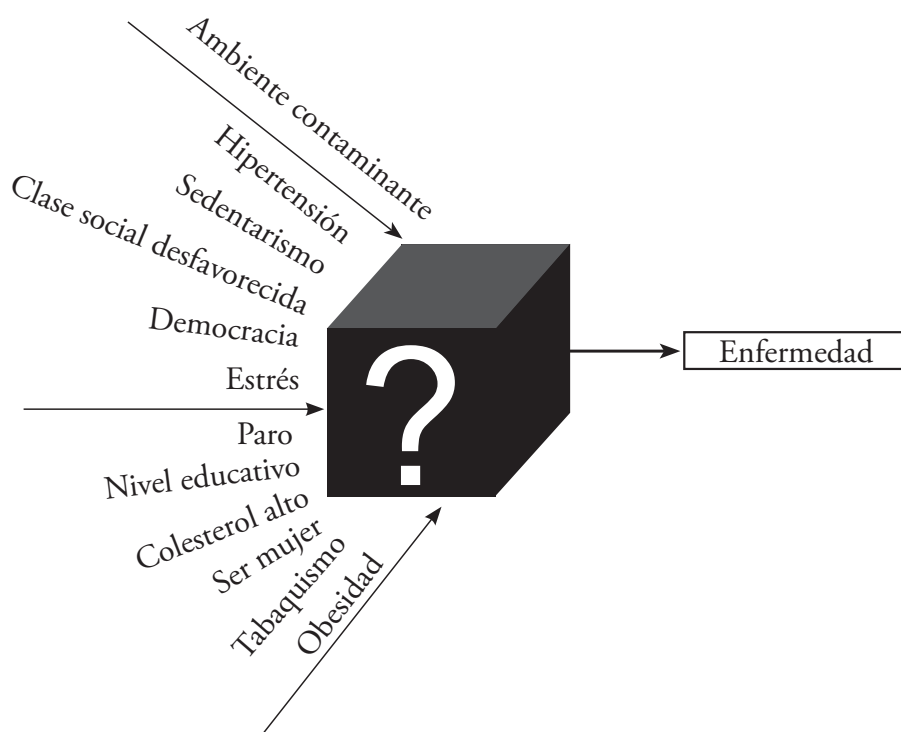
El modelo de la caja negra

La revolución bacteriológica infundió la idea de que la atención médica, a través del progreso de la farmacopea (e.g. antibióticos) y de la tecnología sanitaria (e.g. vacunas, métodos complejos de diagnóstico por imágenes, técnicas de laboratorio, etc.), erradicaría las principales enfermedades.

Pero el avance de las enfermedades crónicas puso en crisis el paradigma mecanicista imperante. Enfermedades como la diabetes, el infarto de miocardio, el cáncer, etc. no podían ser explicadas desde el modelo de las enfermedades infecciosas. No se podía aislar e identificar un agente único externo responsable de la enfermedad (ej. una bacteria) y no había, por lo tanto, una terapéutica específica dirigida a eliminar ese agente externo. La medicina fracasaba frente a estas enfermedades. Solo podía poner parches para aliviarlas o retrasar su desenlace. Se necesitaba un nuevo modelo causal para explicar la pujanza de estas enfermedades en los países desarrollados.

La epidemiología dominante proporcionó este modelo: el de la multicausalidad, la caja negra y los riesgos individuales. La teoría de la multicausalidad propugnaba que las enfermedades crónicas tenían múltiples factores. Hasta ahí bien. Pero el problema es que se desentendía de explicar la relación de los factores entre sí. Todos eran considerados en la misma jerarquía. Los factores socioeconómicos (pobreza, paro) eran situados al mismo nivel que los hábitos (fumar, sedentarismo) o las características fisiológicas (hipertensión arterial) o bioquímicas (hipercolesterolemia). Todos los factores individuales eran medidos y metidos en la caja, donde la relación entre unos y otros no era considerada importante y permanecía desconocida (la caja negra). Lo que salía de la caja era la enfermedad que era medida y comparada con las medidas de los factores de riesgo individuales.

FIGURA 1.
Modelo de la caja negra



El desarrollo de métodos estadísticos de análisis multivariante y de la informática favorecieron estos estudios complejos. Se favorece una cultura epidemiológica centrada en el dominio de los métodos, cada vez más complejos y sofisticados, y una fascinación por la estadística y los modelos matemáticos.

Frente a ello, el pensamiento causal o la contextualización del problema a partir de lo colectivo y social (que se identifica con lo filosófico-especulativo o las ciencias sociales) y la aplicación del conocimiento para intervenir sobre las causas sociales que generan la enfermedad en la comunidad (más identificado con lo político), se consideran como elementos ajenos al campo de la epidemiología.

El riesgo era concebido como individual (originado en cada individuo, en vez de en el grupo o la sociedad de pertenencia) y no se cuestionaba los mecanismos de producción de la enfermedad (es decir, la relación entre las desigualdades económicas, la explotación o los mecanismos de dominación, con los factores socioeconómicos; y de estos con los hábitos de salud o las características fisiológicas, bioquímicas o inmunitarias).

El interés en auge por lo social

Por otra parte, al entrar en el campo de “lo social” se debe tener en cuenta el origen histórico de este campo, tanto desde su doble significado, como área del conocimiento (ciencias sociales) como de campo de acción de gobierno. Según algunos autores, como Donzelot (11), este interés de las ciencias y de los gobiernos por lo social se sitúa a mediados del siglo XIX, cuando se comprueba que la aplicación política de las ideas del liberalismo no es capaz de resolver los problemas de las masas urbanas pauperizadas. Por otra parte, se quiere evitar el contagio de las ilusiones y las tentaciones que despierta el socialismo emergente en esta naciente clase social del proletariado urbano. En este punto histórico no solo estaría el origen y auge de las ciencias sociales, como la sociología o la criminología, sino el de la misma Salud Pública. Como sabemos este término de “Salud Pública” se impuso en el mundo anglosajón y se incorporó luego a España, para nombrar una práctica y un concepto de la enfermedad, que en su origen se llamaba en nuestro país Medicina Social, Higiene Social o Higiene Pública (12).

1.3. La medicina social, como precedente de la epidemiología social

Es decir, hay un precedente de la epidemiología social. Hay un antecedente en que la Medicina se interesó por lo social. Y en que este interés, al contrario de ser solo propio de médicos atraídos al campo por una curiosidad académica o una militancia social, tenía que ver con el interés de los gobernantes por lo social. En base a este nuevo interés político en lo médico y en su capacidad de regular a estas “nuevas poblaciones”, el poder encomendó un nuevo papel a la medicina. ¿Qué diferencias o similitudes hay entre ambos campos e intereses: uno, el de la Medicina Social, que tiene su inicio a finales del siglo XVIII y principios del XIX y otro, el de la epidemiología social, de finales del XX y principios del XXI?

Como sabemos, la medicina social fue un fenómeno fundamentalmente urbano e industrial y tuvo su origen en la preocupación de los gobernantes por “las

clases peligrosas” concentradas en algunos espacios de las ciudades, fruto de la atracción que tuvo el proceso de industrialización. Sin desvalorizar la sincera preocupación que tuvieron nuestros colegas salubristas del siglo XIX por el llamado pauperismo, hay muchos materiales que indican que los gobernantes del momento vieron en la medicina social una oportunidad de neutralizar las reivindicaciones obreras y la lucha de clases.

Como ejemplo de esta concepción de la Medicina social, como garante de la paz social, tenemos esta cita de 1918 del médico madrileño Dr. Francos Rodríguez, rescatada por Francisco Vázquez en su muy recomendable libro sobre el nacimiento de la Biopolítica en España (13):

“Entre nosotros el peligro de la degeneración orgánica es evidente. No hay más que entrar en una escuela, recorrer los departamentos de una fábrica, asistir a un desfile de soldados; los niños raquíticos, los hombre y mujeres anémicos, los mozos de talla escasa y cuerpo desmedrado nos anuncian que España tiene en abandono cuanto atañe a la salud pública (...) El amor a la vida, el respeto a la vida, no representan un empeño epicúreo, sino una finalidad altamente moralizadora.

El fundamento de la riqueza de los pueblos es la vida de los hombres. Cada niño que sucumbe, cada joven que perece, cada hombre maduro que muere, representan pérdida en el capital colectivo, y estas pérdidas contribuyen a la desmoralización, a las sacudidas violentas, a los estragos que afligen a las sociedades modernas. Salud del cuerpo es la alegría en el alma, risa, optimismo, generosidad, expansión. Pan escaso, aire impuro, vida corta, producen el odio revolucionario, la ira demagógica.

Más se hace con medidas de higiene que con todas las de represión que adopten las autoridades contra las reclamaciones airadas de la muchedumbre. Por lo mismo los médicos podemos ser mensajeros de una paz que en vano se busca con bandos de buen gobierno; podemos y debemos serlo para cumplir altas incumbencias y estimular a los Poderes públicos, siempre reacios a proceder con diligencia cuando se trata de estos asuntos. Hasta los partidos que se nutren con el proletariado, usan de modo secundario las reclamaciones a favor de la salud, prefiriendo las campañas en contra de tiranías imaginarias, cuando hay tiranos mayores que destruir, como los llamados anemia, tuberculosis, sífilis y alcoholismo”.

**MODELOS CONCEPTUALES EN LOS ESTUDIOS
DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD**

2.

2.1. Qué entendemos actualmente por desigualdades sociales en salud

La hipótesis básica (que aunque bastante antigua, desgraciadamente todavía es necesaria de defender, demostrar y propagar) es que las enfermedades “no caen del cielo”, no se distribuyen por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos.

El estudio de la distribución de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad, según clases sociales, niveles de educación, etnia, género o áreas geográficas de residencia, nos permiten desvelar estos determinantes sociales de la enfermedad y poner en evidencia la debilidad científica de la ideología dominante, según la cual enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética, nuestros hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar, etc.), el descubrimiento de una nueva tecnología médica o, incluso, como fruto del castigo divino. Es decir, que la salud sería prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos. Enfermar dependería del destino (determinado por la herencia, la suerte o el designio divino) o sería fruto de una decisión individual previa (cada uno sería culpable de sus propias enfermedades por “no haberse cuidado”).

Y es comprensible que socialmente se imponga esta visión de la salud, pues la idea de que enfermaremos más, moriremos antes y con peor calidad de vida, dependiendo de la familia donde hemos nacido, el barrio donde crecemos y vivimos o de las oportunidades de educación, trabajo o de ocio que nos haya tocado tener, es muy dura... e incluso, diría, que es muy desestabilizadora para el mantenimiento del presente estatus quo social y político.

Si aceptamos esta hipótesis, ya no es suficiente aspirar a tener acceso a un buen médico y sofisticados recursos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios, sino que tendríamos que luchar por una sociedad más justa, si queremos mejorar la salud de todos: La salud colectiva o pública. La salud pasa de esta manera

de ser un tema médico a convertirse en un asunto ético, social y político, en el que todos tenemos algo que decir.

Empecemos pues por los conceptos, con la intención de que todos manejemos significados comunes cuando empleemos las palabras. ¿Qué son las DSS?

Diferente, desigual o inicuo

Reflexionemos sobre la diferencia entre tres términos aparentemente similares: Diferencias, Des-igualdades (en inglés In-equalities) e In-equidades (en inglés In-equities).

Muchos perciben diferencias entre los dos primeros términos y el tercero. Iniquidades se referiría a una diferencia o desigualdad injusta. Así pues, puede haber diferencias y desigualdades que no son necesariamente injustas. Si alguien decide libremente ir a esquiar y se rompe una pierna, el hecho de que tenga una fractura y su hermano, que no quiso salir a esquiar, no la tenga, no convierte a esa diferencia en salud en una iniquidad en salud. Y en términos colectivos, el hecho de que los que practican deportes de riesgo tengan más accidentes, tampoco se percibe como algo injusto.

Sin embargo, tener más posibilidades de enfermar por estar expuesto a un riesgo laboral (por ejemplo, enfermar por un tumor pleural por no quedarle más remedio que trabajar en un ambiente laboral expuesto al amianto) o tener una esperanza de vida menor por ser de clase trabajadora (como consecuencia de tener menores oportunidades de vida, peores hábitos de salud, mayor exposición a riesgos ambientales y laborales, vivir bajo una mayor tensión emocional e inseguridad, tener peores posibilidades de neutralizar el impacto de las situaciones críticas, en definitiva, por sufrir un mayor desgaste en salud), es una clara iniquidad en salud.

La distinción entre diferencia y desigualdad es más sutil y probablemente de menor interés para lo que nos ocupa. Está basada, según algunos, en el instrumento y unidad de medida. La desigualdad supone que se ha medido la diferencia con el mismo instrumento (más o menos cm. de talla, más o menos incidencia de enfermedad o mortalidad). La diferencia, sin embargo, es la apreciación subjetiva de que dos cosas no son iguales, aunque no podamos aplicar un instrumento de medida (una pera y una manzana son diferentes, más que desiguales)

Socialmente injusto, potencialmente evitable

Como el término inequidad en castellano suena raro (en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, solo aparece el término “iniquidad”, que tiene dos significados: injusticia grande y maldad), utilizamos el término desigualdad SOCIAL en salud, para traducir el inglés de inequity in health, es decir, la falta de equidad en la distribución de la enfermedad.

Así pues, para que una diferencia o desigualdad en salud sea considerada una DSS, tienen que darse dos condiciones:

- Que se la considere socialmente injusta
- Que sea potencialmente evitable (hay instrumentos para haberla evitado)

Por ello, es importante tener en cuenta que cuando trabajemos en la epidemiología social y operemos con las DSS, no podemos dejar aparte nuestra ideología, es decir nuestra valoración sobre lo que es justo e injusto. No podremos refugiarnos en una pretendida neutralidad técnica. Tendremos que confrontar nuestra visión sobre lo que entendemos por igualdad, por libertad y por solidaridad. Esta ideología operará en diferentes momentos de nuestros estudios (e.g. al diseñar el estudio, al seleccionar las variables, al analizar los datos, al decidir el destinatario de la información, etc.)

Definiciones

Una vez llegado a este punto, podemos buscar definiciones operativas. Recomendamos visitar la página de International Society for Equity in Health (<http://www.iseqh.org/>), que tiene una sección en castellano y que define así los conceptos.

- .—Desigualdades en salud.— (“Inequity in Health”): Diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente
- .—Investigación orientada a la equidad.— (“Equity research”): Investigación sobre la génesis y características de las DSS con el propósito de identificar factores modificables por decisiones políticas y acciones programáticas para reducir o eliminar las desigualdades

Parémonos un momento. Según esta definición, la principal razón para hacer estudios de DSS, de epidemiología social, no es tanto saber por saber, o por poner en números e índices lo que muchos saben intuitivamente o por

lo que les ha tocado vivir (lo que llamábamos “antes” conciencia de clase y condiciones objetivas de vida), sino saber más sobre cuáles son los principales clavos sobre los que debemos golpear desde la acción política, si queremos una sociedad con menores diferencias sociales en salud. O, usando otras imágenes, si queremos reducir la brecha (en inglés, gap) en indicadores de salud entre las clases sociales favorecidas y las desfavorecidas.

Eso supone, que una investigación desligada de la acción, de la intervención, de la capacidad política de aplicar los resultados,...es papel mojado (y tiene un uso reducido a intercambiarnos lo ya sabido, aumentar nuestro prestigio académico, calmar nuestra conciencia social y conseguir que nuestras instituciones nos paguen viajes a congresos para presentar bellas comunicaciones y ponencias... ¡perdón por la digresión!).

.—Políticas y acciones orientadas a la equidad—. (“Equity policy and actions”): Decisiones políticas y acciones programáticas activas dirigidas a mejorar la equidad en salud y a reducir o eliminar las desigualdades

¿Cuál es tu teoría sobre la justicia social?

Así pues, la percepción de la aceptabilidad de la DSS varía mucho con la propia teoría de justicia social.

Desde una perspectiva igualitaria, donde la justicia de cierta distribución de bienes se juzga en base a la igualdad en el acceso al producto del proceso de distribución, independientemente de cómo es este proceso, peor salud en los grupos socio-económicos (SE) más bajos respecto a los altos es siempre injusta porque los grupos tienen menos acceso a los bienes relacionados con la salud.

La perspectiva liberal, sin embargo, juzga la distribución de los bienes en función de las características del proceso de distribución, que esta determinado por las transferencias libremente negociadas en el mercado. Algunas personas tienen más éxito en usar sus oportunidades (obtener trabajos mejor pagados y seguros y permitirse vivir en casas confortables en agradables vecindarios). Una experiencia de peor salud solo puede ser juzgada como injusta si no ha habido libertad de oportunidad.



Johan P. Mackenbach

Johan P. Mackenbach, investigador prestigioso en DSS en Europa que mencionaremos repetidas veces en este libro, valora la necesidad de analizar estas diferentes ideologías políticas implícitas sobre las DSS a la hora de elegir la justificación normativa de sus propuestas de acción y poder ampliar la capacidad de construir coaliciones amplias. Consideremos que en su país, Holanda, con una sólida tradición de alternancia de gobiernos de derecha e izquierda, es necesario buscar consensos para “vender” programas de acción sobre DSS a partidos y gobiernos de izquierda y derecha.

Así una visión interesante es contemplar la salud como recurso más que como bien o fin en sí mismo. La salud determinaría la capacidad de una persona de operar en los mercados de la sociedad, llevando a los liberales a admitir que la peor salud en los grupos SE bajos puede ser un peligro para la libre operación en el mercado, especialmente para niños nacidos de clases bajas que enferman y tienen menos oportunidad en su carrera escolar. En adultos la enfermedad es un importante determinante de expectativas laborales. Volveremos en otra ocasión a poner estas ideas sobre el tapete.

El esquema de Margaret Whitehead

Por otra parte, Margaret Whitehead, otro referente en la epidemiología social y los estudios de DSS que también será abundantemente citada más adelante, propuso hace unos años un esquema para discriminar cuándo una diferencia en salud puede considerarse como DSS, basado en los dos ejes antes mencionados (socialmente injusta y potencialmente evitable).

TABLA 1.
Esquema de Margaret Whitehead para juzgar la (in)justicia de las DSS.

Determinantes de diferencias en salud		Potencias evitables	Inaceptables
1	Variaciones biológicas o naturales	No	No
2	Hábitos nocivos libremente elegidos	Sí	No
3	Ventajas en salud transitorias de grupos que incorporan antes conductas promotoras de salud (si otros grupos pueden adoptarlas fácilmente)	Sí	No
4	Hábitos nocivos cuya elección está restringida por factores socioeconómicos	Sí	Sí
5	Exposición a excesivos riesgos de salud en medio físico y social	Sí	Sí
6	Acceso restringido a cuidados de salud esenciales	Sí	Sí
7	Movilidad social descendente por causas de salud	Sí (bajo ingreso)	Sí (bajo ingreso)

Fuente: Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health, WHO, Copenhagen.

¿Qué desigualdades en el estado de salud son “sociales”? ¿Qué diferencias en el estado de salud deben ser objeto prioritario de nuestra atención? La dificultad de delimitar y aprehender el concepto de DSS, se intenta a veces resolver con una rejilla de selección de desigualdades, por la que serían “sociales” aquellas diferencias en el estado de salud que se consideran “socialmente injustas” y “evitables” (14). Según el esquema, claramente deberían ser objeto de nuestro interés, determinantes de diferencias en salud como los hábitos nocivos, cuya elección está restringida por factores socioeconómicos; la exposición excesiva a riesgos de salud en el medio físico y social, así como el acceso restringido a cuidados de salud esenciales.

Como vemos, en esta definición hay un componente ético (la injusticia social) y hay un componente práctico (el disponer de la vía para evitarla, normalmente políticas sociales y tecnologías sanitarias eficaces). Es decir, aunque seamos epidemiólogos, educados en el positivismo y en la necesaria neutralidad y asepsia del campo de investigación, no podemos huir del campo de la ética y la política (en el doble sentido que tiene la traducción al inglés de este término: *politics and policy*, es decir, política y políticas públicas), desde el momento inicial de seleccionar el problema a estudiar (solo aquellas desigualdades que sean injustas y evitables). ¿Qué diferencias considera un epidemiólogo como injustas y merecedoras de estudio e intervención?



Margaret Whitehead

2.2. Modelos conceptuales y operativos sobre su génesis

Los estudios de DSS no solo pretenden demostrar la asociación entre determinantes sociales y los estados de salud, sino intervenir sobre estos determinantes para mejorar la salud de la población. Para ello, hace falta disponer de conocimientos sobre donde y cómo intervenir.

Es decir, también debemos investigar sobre los mecanismos o vías cómo se producen las diferencias en salud, a partir de las diferencias sociales.

Aquí entran en juego los llamados modelos conceptuales sobre la génesis de las DSS. Los modelos son esquemas simplificadores sobre la complejidad de la realidad. El modelo en madera o papel de un avión, no reproduce completa y exactamente la compleja maquinaria de un avión de verdad, pero puede indicar la estructura básica de su funcionamiento o de su forma. Los modelos conceptuales sobre las DSS intentan explicar la forma como se generan las DSS en nuestra sociedad. Como dijimos antes, la conceptualización de las DSS depende mucho de las teorías de justicia social que uno maneje. Lo mismo ocurre con los modelos conceptuales. Sin embargo, en epidemiología social han respondido a un intento de hacer un modelo operativo, que aísle las variables sociales a cruzar con las variables o indicadores de salud. En el fondo, respondiendo a su herencia positivista, pretende descubrir, singularizar y medir las diferentes piezas, del mecanismo de relojería que origina las DSS, y como están interconexionadas.

A lo largo de estos últimos 30 años han aparecido múltiples modelos conceptuales que no vamos a describir en este texto (para los lectores interesados en profundizar en el tema, les recomendamos el documento de trabajo de la Comisión de Determinante Sociales de la OMS *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*, disponible en

Internet (15). Entre los epidemiólogos sociales españoles ha tenido bastante éxito, en las últimas dos décadas, el modelo de “capas de cebolla” de Dahlgren y Whitehead, que tiene su origen en 1991 (descrito en el documento de la OMS antes mencionado).. Nos limitaremos a mencionar dos a modo de ejemplo: el modelo de “corriente arriba”-“corriente abajo” (*upstream-downstream*) y el modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS, tal como fue adaptado recientemente en nuestro país por parte de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, (Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2010).

El modelo río y las soluciones “corriente arriba” o “corriente abajo”

Como hemos dicho, partiendo de la idea básica de que la posición socioeconómica determina el riesgo de tener mala salud, la epidemiología social ha intentado explorar a través de qué factores intermedios discurre esta relación causal. El conocimiento de estas vías y mecanismos, llamémosles socio-patológicos (parafraseando los fisiopatológicos que nos enseñaron en nuestros estudios de Medicina), permitirá identificar los lugares más eficaces para desarrollar las políticas públicas contra las desigualdades sociales en salud.

Una de las metáforas conceptuales más operativas es la de las soluciones corriente arriba (en inglés, *upstream*) y corriente abajo (en inglés, *downstream*), que ha sido la base de varios modelos conceptuales que se mencionan en el documento anteriormente recomendado (principalmente, el modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson, aunque también está presente en otros). Sirve para conectar (y contrastar) las perspectivas más clínicas de intervención sobre el sistema de cuidados de salud con las de salud pública de intervención sobre las políticas públicas.

Habría que pensar el proceso causal entre estratificación social y salud como un río, cuya fuente estaría representada por el modelo político, económico y social, que determina las reglas del acceso y distribución de la riqueza. El curso alto del río, fuertemente determinado por las características de la fuente, serían las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos.

Estas a su vez determinarían el curso medio, los llamados “factores intermedios”. Estos serían una serie de determinantes (posesión de bienes materiales, factores ambientales o laborales, factores psicosociales y hábitos nocivos para la salud), distribuidos de forma diferencial entre los distintos grupos socioeconómicos. Los bienes materiales incluyen la vivienda, el vestido, el transporte, las posibilidades de ocio o ayuda en caso de necesidad. El entorno urbano y ambiental

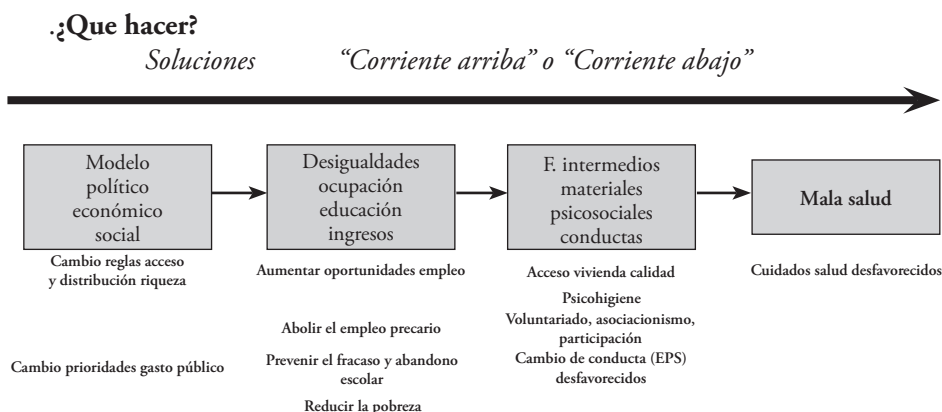
en el que se vive o la exposición a riesgos laborales donde se trabaja serán también factores intermedios muy influyentes. Los factores psicosociales incluyen la mediación del “estrés” a través de mecanismos biológicos (carga alostática), como la liberación de adrenalina (por vía simpático-adrenal) y cortisol (por el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal), que tienen importantes efectos en varios órganos y una demostrada influencia en mecanismos tan importantes para la salud como la tensión arterial, la coagulación sanguínea y la inmunidad.

Los siguientes son ejemplos de intervenciones o soluciones “corriente arriba” o “corriente abajo”:

- A nivel del manantial del río: cambios en las reglas de acceso y distribución de la riqueza, cambio en las prioridades del gasto público.
- En el curso alto del río: aumentar las oportunidades de empleo, abolir el empleo precario, prevenir el fracaso y abandono escolar, reducir la pobreza, etc.
- En el curso medio del río: acceso a vivienda de calidad, intervenciones de “Psicohigiene” (promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental), aumentar la cohesión social (a través del voluntariado, asociacionismo, participación), cambio de conductas nocivas en grupos desfavorecidos (a través de la promoción de la salud).
- En el tramo final (cuando la mala salud ya está presente): mejorar los cuidados de salud a los desfavorecidos (por ejemplo, eliminar barreras de acceso a los servicios sanitarios)

FIGURA 2.

Modelo del río sobre la génesis de las DSS y ejemplos de intervenciones para reducir las, que suponen soluciones “corriente arriba” o “corriente abajo”



Las soluciones “corriente arriba” serían más difíciles, pero teóricamente más eficaces al impactar sobre más factores, o sobre factores con mayor potencia causal. Sin embargo, estos factores son menos o nada dependientes del sector sanitario. Son vulnerables por políticas públicas fiscales, educativas, laborales, de empleo, vivienda, urbanísticas, medioambientales, sociales, etc.

Por el contrario, las soluciones “corriente abajo” son más fáciles o sencillas, aunque nunca podrán eliminar el problema de origen. Estas son asimismo más dependientes del sector sanitario (promoción de la salud, reforma de los servicios asistenciales).

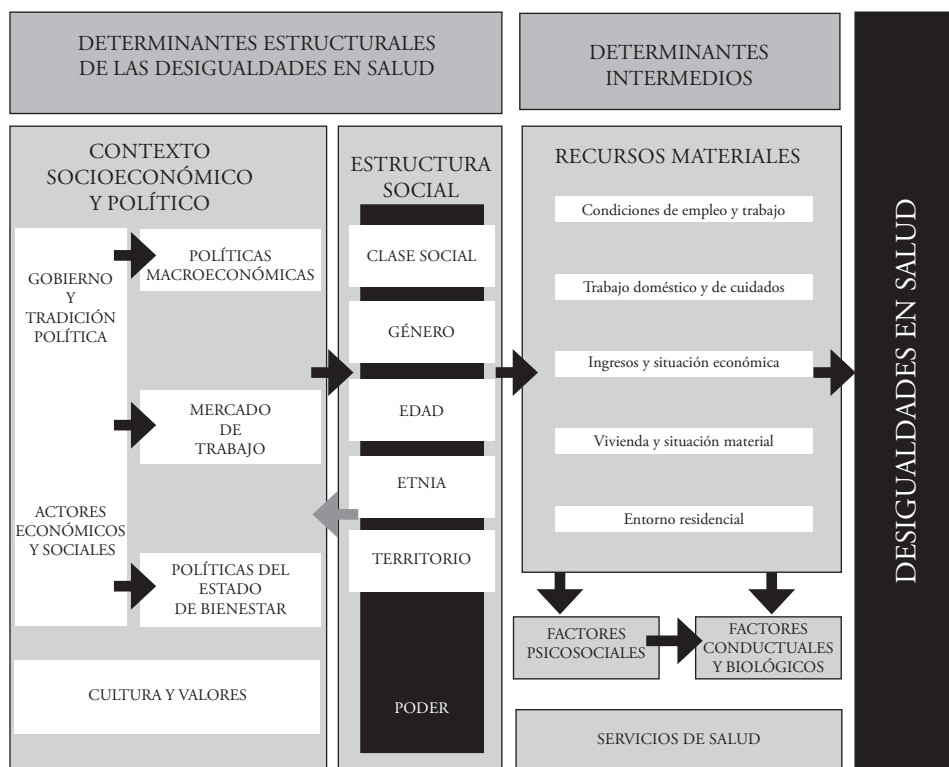
El modelo de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.

Como veremos este modelo (16,17) recoge las ideas fundamentales del modelo del río, antes descrito y es una adaptación española al modelo de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS (18), al que se añaden contenidos de otros textos (15).

El modelo contiene dos elementos principales: los factores estructurales (contexto socioeconómico y político y de la estructura social) y los factores intermedios de las desigualdades en salud. El contexto socioeconómico y político (organización gubernamental y políticas públicas) determina y es determinado por la estructura social. Esta incluye los distintos ejes de desigualdad que determinan las jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios (recursos materiales, factores psicosociales, conductuales y los servicios de salud), que, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Incluye entre los recursos materiales a la carga de trabajo reproductivo (tareas domésticas y de cura de las personas).

FIGURA 3.

El modelo de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.



Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin y Navarro. Fuente: "Políticas e Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Recomendaciones de la Comisión". Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social. (Pendiente de publicación).

**MEDIDAS DE DESIGUALDAD
SOCIAL EN SALUD**

3.

En los estudios de DSS relacionamos la posición social con los niveles de salud. Para ello, tenemos que utilizar tres tipos de medidas:

- Las medidas de la posición social
- Las medidas del nivel de salud
- Las medidas de relación entre la posición social y el nivel de salud

3.1. Medidas de posición social

Cuando queremos estudiar si las personas con diferente posición social tienen diferentes niveles de salud, tenemos varias opciones para medir la posición social. Cada una tiene sus ventajas e inconvenientes, como ya veremos. De momento, éstos son algunos de los indicadores, diferenciados según se refieran a características del individuo o del lugar donde reside.

Medidas a nivel individual

- CLASE SOCIAL
- OCUPACIÓN: Clases ocupacionales
- EDUCACIÓN: Educación autodeclarada
- INGRESOS: Ingresos autodeclarados o Ingresos con relación al umbral de pobreza
- RIQUEZA: Bienes totales domésticos (vivienda, coche, acciones, herencias, etc.)

Medidas a nivel de área geográfica

- SIMPLES: estructura ocupacional, educativa o económica media del área (% de población de cada categoría ocupacional, educativa o de renta en el área)
- COMPUESTAS: Indicadores de privación (construidos a partir de indicadores como paro, hacinamiento, propiedad de casa o coche, etc.)

La clase social

La clase social es una de las mejores medidas de estratificación social. El principal problema para su utilización en los estudios de DSS es que administrativamente no estamos asignados a una clase social específica. Es decir, al igual que en los censos puede figurar nuestra ocupación o nuestro nivel educativo, no ocurre lo mismo con nuestra clase social de pertenencia.

Eso lleva a que tengamos que utilizar aproximadores siempre imperfectos, como la clase ocupacional que ya veremos. Además, las transformaciones que ha vivido nuestra sociedad desde los tiempos de los principales teóricos de este concepto, Marx y Engels, hace necesario una reelaboración de las clases sociales.

Empecemos por la definición: ¿Qué son las clases sociales?

Según Martha Harnecker (19)

“Las clases sociales son grupos sociales antagónicos en que uno se apropia del trabajo del otro a causa del lugar diferente que ocupa en la estructura económica de un modo de producción determinado, lugar que está determinado fundamentalmente por la forma específica en que se relaciona con los medios de producción” (el subrayado es nuestro).

Es decir, esta definición apunta a grupos en conflicto (“lucha de clases”) con diferencia de intereses (“diferencias de clase”). Hay un elemento de (in)justicia implícito: hay una relación inmoral por apropiamiento o robo. Tiene que ver con la estructura económica. La jerarquía está determinada por ser dueño o no de los medios de producción

Pero con el tiempo, el concepto de clase social se ha incorporado al lenguaje común, no teniendo siempre el mismo sentido y uso que en su origen marxista. Así, según el Diccionario de la Lengua Española. (RAE. 21ª edición. 1992), clase social es: “Conjunto de personas que pertenecen al mismo nivel social y que presentan cierta afinidad de costumbres, medios económicos, intereses, etc.”

La identidad de clase se establece pues respecto al nivel social o nivel de jerarquía, definido por compartir unas características comunes no claramente definidas (“cierta afinidad”...). La diferencia no implica necesariamente conflicto. Tampoco hay una valoración moral, ni una relación con la estructura económica o con la propiedad de medios de producción. Estos diferentes enfoques del término clase social se basan en dos diferentes tradiciones sociológicas sobre clases sociales: Marxista y Weberiana.

Tradición marxista de clase social

Como dijimos antes, el concepto marxista tradicional de clase social se puede resumir en tres ejes:

- Nuestra clase está definida por nuestra relación con los medios de producción (propietarios o no)
- Las relaciones de clase se basan en la explotación, a través de la apropiación de la plusvalía
- Existen dos clases: Burguesía y proletariado. Entremedias podemos considerar una tercera: la pequeña burguesía.

Erik Olin Wright (20) argumentó que hay que hacer un nuevo acercamiento a las clases sociales, especialmente por el papel de una nueva clase: la clase media. La clase media tiene una localización contradictoria, siendo simultáneamente explotadora y explotada. La explotación contemporánea tiene una especial complejidad, pues gira alrededor de tres tipos de propiedad: la de los medios de producción, los bienes de organización y los bienes de cualificación. Según la posición respecto a estos tres bienes se puede pertenecer a 12 localizaciones de clase: 3 para los propietarios y 9 para los asalariados:

TABLA 2.
Localizaciones de clase social de Wright

Propietarios	Asalariados			Bienes de organización
1. Capitalistas (10 ó > empleados)	1. Directivos expertos	4. Directivos no-cualificados	7. Directivos semicualificados	+ 0 -
2. Pequeños propietarios (2-9 empleados)	2. Supervisores expertos	5. Supervisores semicualificados	8. Supervisores no-cualificados	
3. Pequeña burguesía (<2 empleados.)	3. Trabajadores expertos	6. Trabajadores semicualificados	9. Trabajadores no-cualificados	
Bienes de cualificación	+	0	-	

Fuente: Wright EO. *Classes*. London: Verso, 1985.

En línea con el marxismo clásico, la tenencia de bienes de producción genera tres tipos de posiciones de clase: los empresarios (autoempleados que contratan trabajadores), la pequeña burguesía (que no contrata trabajadores) y los trabajadores que venden su fuerza de trabajo. Los bienes de organización (poder y control en el lugar de trabajo) se determinan por las relaciones en el trabajo, como la influencia en las políticas de la empresa (toma de decisiones sobre el número de gente empleada, productos o servicios realizados, etc.) y

la autoridad de sancionar (incentivar salarios o promociones, contratar o despedir, etc.) Los bienes de cualificación (experto, semiexperto y no cualificado) quedan determinados por el nivel de calificación y las credenciales que poseen los trabajadores.

Varios estudios recientes (21) han investigado la relación entre esta clasificación de clase social y los diversos indicadores de salud, y se obtienen resultados que la estratificación social clásica parece no ser capaz de explicar. Por ejemplo, los supervisores, sujetos a la presión de los directivos y los trabajadores subordinados, pueden padecer una mayor depresión y ansiedad que los directivos o los trabajadores. Otro ejemplo, es que en varias encuestas de salud los “autónomos” (trabajadores por cuenta propia) tienen algunos indicadores de salud peores que los asalariados.

La dificultad es analizar estos datos, pues actualmente entre “los autónomos” pueden incluirse situaciones tan variadas como el pequeño comerciante, el profesional liberal o el “precarizado”, es decir al trabajador que se le obliga darse de alta cómo ficticio empresario autónomo para contratarle con unos vínculos, derechos e ingresos precarios. Las empresas se ahorran los costes inherentes a los derechos laborales de los asalariados (incluido la indemnización por despido o el derecho de huelga) e imposibilitan que se organicen sindicalmente.

Además, consiguen segmentar a la clase trabajadora en individuos “privilegiados” con derechos laborales y el llamado “precarizado”, que puede tomar la forma de individuos vinculados por becas, “contratos-basura” o contratos de servicios con “individuos-empresas”, es decir en situación de precariedad laboral. Es otra forma de ver la complejidad contemporánea de la estructura de clases y la explotación, que no por cambiar de formas ha desaparecido.

Otro elemento de complejidad es encontrar los elementos adecuados para definir la relación entre la clase social, la explotación y la salud en la mujer, especialmente en relación al trabajo doméstico, para lo que nos pueden servir, entre otros, algunos interesantes textos de Carme Borrell y su equipo de Barcelona (22, 23).

Tradiciones weberianas de clase social

Max Weber ha inspirado un concepto de clase social que ha calado profundamente en toda la sociología actual e impregna las medidas de posición social que se usa en los estudios de DSS. Se podría resumir en que:

- Las clases son grupos que comparten creencias, valores y circunstancias (“oportunidades de vida”).
- La posición de clase no está primariamente determinada por las relaciones de producción sino por las oportunidades en el mercado libre.
- Estudia los fenómenos de distribución (de bienes, habilidades y capacidades) más que de producción del sistema capitalista.
- El estatus social de los grupos definido por su “prestigio social”, más allá de circunstancias económicas. (Los estudios de salud que manejan el concepto de concepto de “estilo de vida” como variable explicativa de la diferencia en salud, más allá de las circunstancias económicas, se basan, aun sin saberlo, en esta tradición weberiana).
- Indicadores de “oportunidades de vida” o recursos serían: educación, ocupación e ingresos.

La orientación de “oportunidad” implica que los individuos podrían mejorar su situación en el mercado y sus oportunidades de vida por estrategias como la negociación colectiva o la obtención de más conocimientos y habilidades.

En la crítica desde la posición marxista, – como la de Nikos Poulantzas (24) – se afirma que al estudiar los fenómenos de distribución más que de producción se está examinando el nivel equivocado de la realidad. La inevitable realidad de las relaciones de producción-explotación impone prioridades sistemáticas y características independientemente de los individuos que portan esos roles. La idea de que las relaciones estructurales de explotación existen independientemente de los individuos es consistente con la evidencia epidemiológica de que las DSS persisten a pesar del hecho de que individuos particulares llegan y se van de varias clases de grupos a lo largo del tiempo.

Clase ocupacional

La ocupación es una de las variables que se suele encontrar en los censos de población y en los certificados de defunción (aunque en estos últimos el nivel de cumplimentación de la ocupación no suele ser bueno en nuestro país). A partir de este dato ha habido varios modelos que han intentado clasificar a la población en clases sociales basados en la ocupación.

Una de las más antiguas es la clasificación del censo británico (British Registrar General, BRG), que fue desarrollada a principios del siglo XX a partir de una escala jerárquica que clasificaba las ocupaciones según el nivel de educación o aprendizaje implícito:

- I. Profesionales (ejemplo: médicos, abogados, etc.)
- II. Ocupaciones intermedias (enfermeros, maestros, etc.)
- III.N Trabajadores no manuales cualificados (oficinistas, secretarios, etc.)
- III.M Trabajadores manuales cualificados (conductores de autobuses, carpinteros...)
- IV. Trabajadores parcialmente cualificados (trabajadores del campo, carteros, etc.).
- V. Trabajadores no cualificados (porteros, barrenderos, etc.)

En España, un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) hizo una propuesta de medida de la clase social a partir de una adaptación de la Clasificación Nacional de Ocupaciones a esta clasificación británica (25). Partieron de dos preguntas sobre ocupación habitualmente presentes en el censo, que fueron fácilmente incluidas en las encuestas de salud:

- a) ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?
- b) ¿Cuál era su situación laboral o de empleo en esta ocupación?:
 - 1. Trabajador por cuenta propia sin asalariados
 - 2. Trabajador por cuenta propia con 10 o más asalariados
 - 3. Trabajador por cuenta propia con menos de 10 asalariados
 - 4. Gerente de una empresa con 10 o más asalariados
 - 5. Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados
 - 6. Capataz, supervisor o encargado
 - 7. Otro asalariado

Se clasifica a las personas en las siguientes clases:

- I. Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas con titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas con una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.
- III. Personal de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la ges-

tión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad.

Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.

IVa. Trabajadores manuales cualificados.

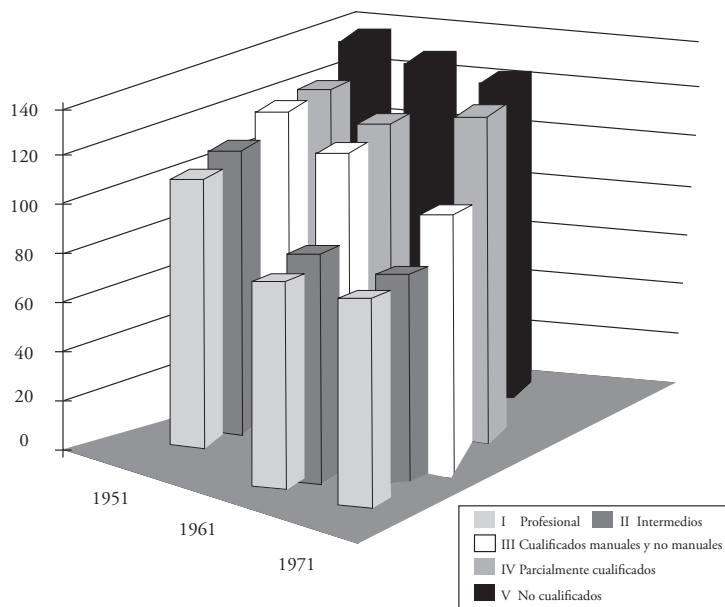
IVb. Trabajadores manuales semicualificados.

V. Trabajadores manuales no cualificados.

Como luego veremos, la clasificación por clases ocupacionales del censo británico (British Registrar General) se utilizó en el informe Black para ilustrar las diferencias de mortalidad por clases sociales en Gran Bretaña:

FIGURA 4.

Tasa de mortalidad estandarizada
Por 100.000 entre 15 a 64 años por clase ocupacional



Hemos elaborado este gráfico de barras a partir del Informe Black. Representa las tasas de mortalidad en cada una de las 5 clases ocupacionales en tres periodos: 1951, 1961 y 1971. El riesgo de morir (entre los 15 y los 64 años) es mayor en las clases sociales (clases ocupacionales) más bajas. El riesgo de morir en cada clase va disminuyendo en las últimas décadas (1951-1971), pero disminuye más intensamente en las clases I (profesionales) y II (Intermedios) que en las clases IV y V (parcialmente cualificados y no cualificados), por lo que las diferencias entre los extremos (desigualdades relativas) se hacen más acusadas.

En la tabla 3 sintetizamos las ventajas e inconvenientes de la clase ocupacional como medida de clase social.

TABLA 3.
Clase ocupacional como medida de clase social

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> • Puede comparar grupos de tamaño razonable • Tradición histórica (Gran Bretaña) • Capacidad de predecir DSS • Asociado a otros indicadores (puente entre educación e ingresos) 	<ul style="list-style-type: none"> • No mide a la población que no trabaja (mujeres, parados, niños, jubilados, estudiantes, incapacitados) • Limitado a varones de 16 a 64 años (generalización a toda la población) • Cambios en clasificaciones • Cambio de tamaño y composición de los grupos a lo largo del tiempo • No estudia los mecanismos sociales que explican las DSS

Entre sus ventajas se destacan la posibilidad de comparar grupos de tamaño razonable, su asociación con otras medidas de posición socioeconómica (nivel educativo, nivel de ingresos) y su capacidad de predecir las desigualdades en salud, como se ha visto en los abundantes estudios donde se ha usado.

Entre sus limitaciones están que no mide a la población que no trabaja (amas de casa, parados, niños, jubilados, estudiantes, incapacitados), estando pues básicamente limitado a clasificar y estudiar varones en edad activa (16 a 64 años), por lo que sus resultados no son fácilmente generalizables a toda la población. Además hay que considerar tanto los cambios que la clasificación de ocupaciones ha experimentado con el tiempo, como el cambio del tamaño y composición de los grupos a lo largo del proceso, lo que dificulta las comparaciones del nivel de salud de la misma clase ocupacional entre dos periodos históricos. Por último, al ser una herramienta meramente descriptiva de la ocupación y del nivel de responsabilidad, no permite estudiar los mecanismos sociales que explican las desigualdades en salud.

Nivel educativo

Hay dos formas de medir el nivel educativo. Una, es el último o máximo nivel académico alcanzado, y la otra, el número de años de estudios. Éste es un ejemplo de clasificación según el máximo nivel educativo alcanzado, que se utiliza en los censos poblacionales españoles:

TABLA 4.
Clasificación de nivel educativo en España

• Sin estudios
• Estudios primarios incompletos
• Estudios de primer grado
• Estudios de 2º grado, 1º ciclo
• Estudios de 2º grado, 2º ciclo
• Diplomados
• Doctores y licenciados

A veces se añade otra categoría, “analfabeto”, por debajo de “sin estudios”. Aunque las categorías extremas (sin estudios, estudios primarios incompletos, doctores y licenciados) tienen significados bastante estables a lo largo del tiempo, no ocurre lo mismo con las intermedias (estudios de primer o segundo grado, ciclos, el concepto de bachillerato, etc.), debido a cambios de terminologías, resultantes de las sucesivas reformas educativas. Ello hace necesario adaptaciones históricas que pueden ser una fuente de sesgos.

La educación refleja un momento del proceso vital, que es el de la transición entre:

- la infancia/adolescencia y la vida adulta y la exposición al mundo del trabajo.
- la posición socioeconómica recibida de los padres y la alcanzada en la vida adulta.

En realidad el nivel educativo refleja la posición socioeconómica de los padres, pues por lo general es la que determinará el máximo nivel educativo que uno alcanza. Solo en sociedades muy igualitarias se consigue, por ejemplo, que haya un porcentaje similar de universitarios en las clases bajas respecto a las altas. Aunque el estado tenga políticas educativas que obliguen a estudiar hasta una edad determinada (14-16 años) y oferte suficientes recursos y becas para el estudio, la presión social para entrar en el mercado del trabajo después de la educación obligatoria (y contribuir a la economía familiar) es evidentemente mayor en las clases bajas.

Por otra parte, como veremos cuando hablemos de ingresos, el que un mismo nivel educativo alcanzado pueda traducirse en encontrar una determinada ocupación y secundariamente un determinado ingreso, también va a estar determinado por la clase social. Si no, que se lo digan a los universitarios que

no han podido encontrar un trabajo acorde con su titulación, por no tener el “vínculo” adecuado. O, “hablando en plata”: por no tener “el enchufe” adecuado, determinado por el círculo social en el que se mueve la familia y las empresas donde trabajan (o incluso que dirigen) los padres u otros familiares.

Efecto cohorte y efecto género en el nivel educativo

Afortunadamente, aunque no se haya llegado ni mucho menos a conseguir una igualdad de oportunidades independientemente de la familia donde uno nace, en el último siglo se ha producido un importante avance en el nivel educativo medio de la población, especialmente en la educación primaria. Por ello, hay un “efecto de cohorte” en el nivel educativo. Es decir, dentro de una misma clase social, las generaciones mayores tienen peor nivel educativo que las más jóvenes.

También hay un “efecto de género”: las mujeres, especialmente de las generaciones mayores, tenían peor nivel educativo que los hombres, pues se suponía que no lo necesitaban tanto al no tener que entrar en el mercado de trabajo y dedicarse a labores domésticas y de reproducción. Por ello, por ejemplo, en la mayoría de los países los analfabetos o las personas sin estudios se encuentran ubicadas entre personas mayores, y especialmente entre mujeres mayores.

Ventajas e inconvenientes de utilizar la variable nivel educativo

Las principales ventajas son que:

1. El nivel educativo es estable a lo largo del tiempo. Una vez alcanzado este no baja. No se puede decir lo mismo del nivel de ingresos que puede descender a lo largo de la vida, o de la ocupación que puede variar.
2. Además es fácil de obtener: figura en los censos de población y es fácilmente entendible si se introduce como una pregunta en una encuesta de salud.
3. Al contrario de la ocupación, está disponible para ambos sexos y todas las edades.
4. Cuando hacemos estudios de DSS en adultos y encontramos que los malos niveles de salud están relacionados estadísticamente con una baja posición social, algunos argumentan que no es que pertenecer a clases bajas predisponga a tener mala salud, sino que los más enfermos, al no poder trabajar, se empobrecen y descienden de posición social. Es lo que

se llama “selección social negativa de salud”. Esto no se puede argumentar cuando utilizamos el nivel educativo para medir la posición social, pues el máximo nivel educativo se ha alcanzado antes de enfermar y aunque enfermes no descienes en el nivel educativo. Es decir, está claro lo que es la causa (el nivel educativo) y la consecuencia (la mala salud).

5. El nivel educativo de las mujeres tiene además un significado especial como determinante de salud, especialmente en los países no desarrollados. La mujer es el principal agente de promoción de la salud, al determinar la alimentación, los hábitos de salud y el uso de los servicios sanitarios del núcleo familiar, y su educación es un determinante de estos factores.

Las principales desventajas son:

1. El “efecto cohorte”, es decir, las diferencias en educación según edad, impiden clasificar adecuadamente las clases sociales. Al comparar entre clases sociales tenemos que asegurarnos de que tienen similares estructuras de edad. Se debe tener en cuenta que en una misma clase social, el porcentaje de universitarios puede variar según el grupo de edad. Por otra parte, por ejemplo en España, es más frecuente encontrar empresarios sin títulos universitarios entre las personas mayores que entre los empresarios más jóvenes. Por ello, el nivel educativo universitario no sería un buen aproximador para identificar a la clase social alta en las generaciones que nacieron antes de la guerra civil (1936).
Por la misma razón, el tener estudios primarios como máximo nivel educativo no es discriminante de las diferencias sociales, pues en 1994 en España el 80 por ciento de las personas con edades entre 25 y 64 años tenían este nivel educativo.
2. Si queremos utilizar el indicador para tener una idea del grado de educación de la población, y no tanto cómo un aproximador de clase social, debemos tener en cuenta que el nivel educativo alcanzado no estima el nivel informal de educación adquirido. Hay una proporción de la población que tiene un nivel de educación superior al que ha alcanzado por la vía académica, al haberlo adquirido posteriormente de forma autodidacta o en espacios educativos informales.

TABLA 5.
Medida de “nivel educativo”: ventajas e inconvenientes

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Estabilidad a lo largo de la vida Facilidad de obtención Disponible para ambos sexos y toda la población Elimina la selección negativa de salud en vida adulta (no en niños) El nivel educativo de las mujeres es un importante determinante de salud (especialmente, en países no desarrollados).	Diferencias en educación según edad impide clasificar adecuadamente clases sociales (diferente porcentaje en estudios superiores según estrato de edad, empresarios sin título universitario, etc.) Homogeneidad en cohortes no es discriminante No mide el nivel informal de educación acumulado.

Los ingresos

¿Saber cuánto gana una persona al mes o al año nos permite clasificarle bien en la escala de posición social? ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes de elegir el ingreso como medida de posición social en los estudios de DSS?

Sus principales ventajas son:

1. Es un indicador claro y fácilmente comprensible al ser introducido en un cuestionario. Los encuestados saben perfectamente cuánto ganan.
2. Puede ser una medida continua (y no categórica, como la ocupación o el nivel de educación), lo que permite un tratamiento estadístico más rico.

Las principales desventajas:

1. Muchas personas tienen recelos a informar sobre sus ingresos (especialmente quienes tienen altos ingresos), por lo que en las encuestas es una pregunta con riesgo de baja cumplimentación y baja fiabilidad.
2. Contrario a la ocupación y el nivel educativo, que no varían con la edad, los ingresos sí pueden variar a lo largo de la vida. Por lo general van incrementándose. Por ello, si queremos tener una idea del nivel social al que ha estado expuesta una persona o una familia en el pasado y relacionarlo con su nivel de salud actual, tendremos necesidad de medir (de saber) sus ingresos en varios momentos de su vida. Esto es especialmente necesario en la situación laboral actual en nuestro país, donde tener un trabajo estable con un ingreso fijo es cada vez más raro, habiendo muchas personas (dentro del llamado “precarizado”) que combinan periodos de trabajo temporal con periodos de paro (sin ingresos) a lo largo de su vida.

3. Debemos elegir el tipo de ingresos: familiares o individuales. Los ingresos individuales pueden ser engañosos al depender el nivel de vida de la persona de los ingresos compartidos en el hogar. Los ingresos familiares, a su vez, dependen del número de personas que los comparten.
4. Los ingresos no miden los recursos acumulados (ahorros) por una persona o los bienes obtenidos por herencia. Por ello, no es un buen indicador de posición socioeconómica después de los 65 años (algunas personas no dependen solo de su pensión de jubilación o viudedad, sino de otros bienes o ahorros). Tampoco es un buen indicador para comparar subgrupos en la población con diferente capacidad de ahorro. Hay estudios que han demostrado que las diferencias de nivel económico entre, por ejemplo, negros e hispanos en Estados Unidos, medidos en términos de ingresos, se amplían si también tenemos en cuenta los ahorros.
5. Por lo anterior, la renta sería una alternativa más fiable para medir los bienes (y el nivel socio-económico) que tiene una persona, al no considerar solo los ingresos, sino los rendimientos de otros bienes. Ya hablaremos del indicador de renta familiar disponible per cápita, que se obtiene de las Declaraciones de la Renta. Sin embargo, aquí también tenemos el problema del sesgo del fraude y la evasión fiscal: las clases altas, con rentas que no dependen principalmente del trabajo sino del capital, tienen más posibilidades de falsear las declaraciones de la renta.

TABLA 6.

Medida de "ingresos"; ventajas e inconvenientes

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Facilidad de obtención Medida continua (no categórica)	Recelos: baja cumplimentación y baja fiabilidad Variaciones con la edad (necesidad de medir ingresos en varios puntos de la vida). Elección del tipo de ingresos: familiares o individuales No mide los recursos acumulados (ahorros): no es un buen indicador de posición después de 65 años o para comparar subgrupos (negros e hispanos en Estados Unidos).

Las medidas de privación social a nivel de área geográfica

Las medidas para caracterizar socialmente un área pueden ser:

- **SIMPLES:** Es decir un solo indicador para caracterizarla, como es su estructura ocupacional, educativa o económica media del área (% de cada categoría ocupacional, educativa o de renta en el área).

- **COMPUESTAS:** Se construye un indicador de privación compuesto, a partir de la suma de varios indicadores individuales seleccionados por representar mejor las características socioeconómicas del área (paro, hacinamiento, propiedad de casa o coche, etc.). Por ejemplo, en el estudio MEDEA (del que ya hablaremos más adelante) manejamos un indicador de privación compuesto elaborado a partir de 5 variables del censo 2001 (seleccionados por análisis de componentes principales):
 - desempleo
 - instrucción insuficiente
 - instrucción insuficiente en jóvenes
 - trabajadores manuales
 - asalariados eventuales

¿Por qué utilizar indicadores de privación de áreas geográficas?

- Como aproximación a información no disponible en estudios individuales.
- Para evaluar efectos socioeconómicos “contextuales” (factores extraindividuales). El porcentaje de parados de un área no sólo indica algo sobre los individuos que viven en ella (la composición del área), sino sobre las condiciones que ponen en riesgo la salud de todos los que viven allí (no solo los individuos parados). Es decir, las características del área pueden tener un efecto contextual en la salud individual.

Estas son sus principales ventajas:

1. Son fáciles de obtener a partir de los censos de población, que suelen ser de acceso público y no limitados por problemas de confidencialidad como en el caso de los datos individuales.
2. Mide el riesgo del nivel extraindividual (contextual).
3. Es una información útil para la planificación e intervención comunitaria sobre un área geográfica.
4. El desarrollo de los Sistemas de Información Geográficos ha ampliado las posibilidades de manejo de la información.

Las principales desventajas:

1. La falacia ecológica (las asociaciones obtenidas a nivel de área no pueden necesariamente imputarse a nivel individual).

2. Las unidades de análisis basadas en definiciones administrativas (como los códigos postales) a veces no tienen significado ni en términos socioeconómico ni en términos de intervención en salud.
3. La información disponible sobre determinantes sociales y sobre indicadores de salud está a veces referida a unidades geográficas no coincidentes.

TABLA 7.
Medidas agregadas de área geográfica: “ventajas e inconvenientes”

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad de obtención - Mide el riesgo del nivel extraindividual (contextual) - Información útil para la intervención comunitaria - Desarrollo de SIG 	<ul style="list-style-type: none"> - Falacia ecológica - Las unidades de análisis basadas en definiciones administrativas (códigos postales) - La información disponible sobre determinantes y sobre indicadores de salud referida a unidades geográficas no coincidentes

Los estudios por áreas geográficas pequeñas

Nos permiten identificar desigualdades en riesgos sociales y en indicadores de salud entre zonas geográficas y, por ello, definir zonas susceptibles de intervención especial para reducir estas desigualdades, además de aportar información sobre la génesis de las mismas.

Con mucha frecuencia no disponemos de datos sobre las características sociales de las personas que enferman, pero sí conocemos las características sociales, económicas y demográficas de las áreas donde residen las personas que enferman. Ello nos permite hacer estudios de áreas geográficas o también llamados “ecológicos”, mediante los que estudiamos la relación estadística entre el riesgo de enfermar o morir (tasa de incidencia o de mortalidad) en un área con el nivel de privación social de la misma (valor del indicador de privación simple o compuesto).

Los estudios de áreas geográficas pequeñas, apoyados en los modernos sistemas de información geográfica (SIG) y en el desarrollo de métodos estadísticos bayesianos, han permitido un desarrollo importante de los trabajos de epidemiología social. Si se dice que una imagen vale más que mil palabras, también a veces un mapa impacta más que mil estadísticas y tiene más poder movilizador. ¡Especialmente si las zonas retratadas como peores para la salud coinciden con el barrio donde uno vive o trabaja!

Unidades geográficas en vez de individuos. Estudios ecológicos.

Normalmente trabajamos con bases de datos en que la unidad es el individuo. Es decir, en la base de datos tenemos filas que representan individuos (sanos o enfermos) y columnas con datos de variables que nos informan sobre el estado de salud (enfermo o no) y características individuales (sexo, edad, domicilio, fecha de inicio de la enfermedad, datos clínicos, etc.). Como ya hemos dicho, en el caso de ser bases de registros administrativos clínicos (problemas atendidos en centros de salud, registros de altas hospitalarias) o certificados de defunción (registros de mortalidad), difícilmente tendremos información sobre las características sociales o económicas del individuo (profesión, ocupación, nivel de estudios, ingresos, etc.).

Sin embargo, también podemos trabajar con bases de datos en que la unidad no sean individuos, sino áreas geográficas. Cada fila representará un área geográfica y cada columna nos informará sobre las características del área: nivel de salud (número de enfermos o muertos por una enfermedad en un año) y características demográficas (% de personas mayores de 65 años), sociales (% de personas analfabetas, % de viviendas con hacinamiento), económicas (nivel medio de renta, % de trabajadores manuales, % de viviendas con más de un coche, etc.). Los censos de población proporcionan esta información socio-demográfica y las estadísticas epidemiológicas estiman la incidencia de una enfermedad o la mortalidad debida a la misma a partir de la suma del número de casos o muertos entre los residentes del área, divididos por la población de riesgo (por ejemplo, la población total censada en el área).

Mejor áreas geográficas pequeñas

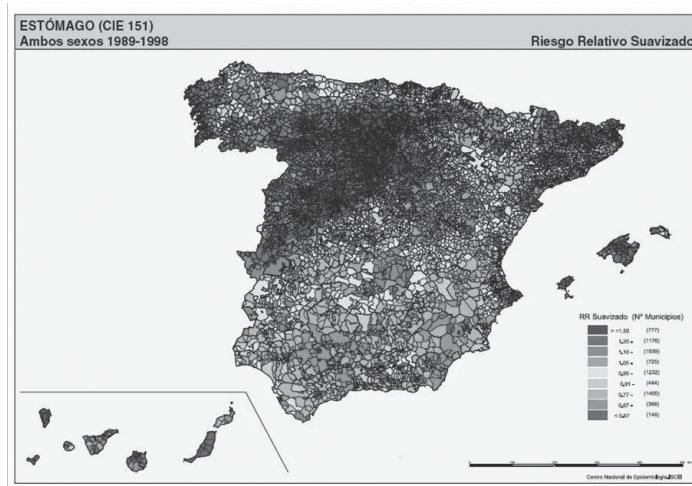
A este tipo de diseño lo llamamos estudios ecológicos o de áreas pequeñas, pues cuanto más pequeñas sean las áreas estudiadas, más nos aseguramos de la homogeneidad de las características socioeconómicas. Si tomamos áreas grandes (una ciudad o un gran distrito) es más fácil que nos equivoquemos a la hora de asignar o imputar a la mayoría de las personas que viven en la zona (la ciudad o el distrito) las características medias de la misma. Por ejemplo, podríamos decir que no hay problema de hacinamiento en una ciudad porque solo hay un 5 por ciento de viviendas con hacinamiento. Sin embargo, dentro de la ciudad puede haber barrios con más del 50 por ciento de las viviendas en situación de hacinamiento y otros barrios sin hacinamiento. Al calcular el porcentaje en toda la ciudad, el problema del barrio hacinado se difumina.

Sin embargo, si tomamos áreas muy pequeñas nos podemos encontrar con el problema de la “inestabilidad de las tasas”. Cuando la enfermedad que queremos estudiar no es frecuente, puede haber pocos casos en esa área pequeña (por ejemplo de 0 a 3 casos al año). Al calcular la tasa (dividiendo el número de casos entre la población del área, por ejemplo 2000 habitantes), resulta una cifra que puede variar mucho, con que solo aparezca un nuevo caso al año. En el ejemplo, si tenemos dos casos en una población de 2000 personas, nos sale una tasa de 100 casos por 100.000 habitantes. Si hay otro caso más (tres casos), la tasa aumenta a 150 casos por 100.000. Es decir, el riesgo aumenta un 50 por ciento solo con un caso más. El incremento de la tasa no tiene por qué significar un aumento del riesgo real en el área, sino ser propio de las fluctuaciones anuales (pasar de 2 a 3 casos).

Los métodos estadísticos bayesianos pueden solucionar en parte esta inestabilidad de las tasas y este efecto del azar, proporcionándonos estimaciones de riesgo “suavizados” que además permiten visualizar más claramente los patrones espaciales. Ya tendremos ocasión de hablar sobre ellos. De momento, sepamos que en los estudios ecológicos los métodos bayesianos son de gran ayuda. Un ejemplo de mapas donde se utilizan métodos bayesianos y SIG es el Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998 (del Centro Nacional de Epidemiología). La siguiente es una muestra:

FIGURA 5.

Riesgo relativo suavizado de morir por cáncer de estómago en España (1989-1998)



Fuente: Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998.
Centro Nacional de Epidemiología

Como puede apreciarse, hay un patrón espacial de concentración de riesgo en los municipios (unidad geográfica del estudio) del noroeste de España, especialmente los de la Comunidad de Castilla-León y del norte de Extremadura; algo que ya se había detectado en estudios similares anteriores, utilizando unidades geográficas más grandes, como son las provincias. Esta imagen permite elaborar hipótesis causales, que deben ser luego confirmadas por estudios que relacionen los hipotéticos riesgos (por ejemplo, tipo de alimentación) con la mortalidad diferencial observada. Dentro de poco, y como fruto del proyecto MEDEA, se editará un atlas de mortalidad en grandes ciudades de España con unidades más pequeñas (secciones censales), que nos permitirá complementar esta información. Algunas comunidades, como la de Madrid, la del País Vasco y Cataluña, ya disponen de atlas (pendientes de edición) de todo el territorio (urbano y rural), en los que se representa las diferencias geográficas (en áreas pequeñas: sección censal) de mortalidad por las principales causas. Además la mortalidad de cada área puede correlacionarlas con su indicador de privación compuesto elaborado para el estudio.

Como hemos dicho, es mejor elegir unidades geográficas pequeñas: en vez del término municipal, preferimos la zona básica de salud o la sección censal. Esta última se emplea como la unidad mínima significativa de estudio. En España, abarca una zona de unas 2.000 personas de media, que a efectos censales es encuestada periódicamente y que suele ser bastante homogénea desde el punto de vista socioeconómico. También es útil usar la zona básica de salud como unidad básica. Es algo mayor (25.000 personas aproximadamente) con lo que las tasas serán más estables, pero además al organizarse alrededor de un centro de salud de atención primaria, cualquier información sobre la misma será muy útil para la intervención comunitaria desde ese centro de salud.

Otros diseños usados en los análisis de DSS son los estudios individuales con datos geográficos contextuales y los estudios de niveles múltiples. En estudios individuales (ejemplo: encuestas de salud o registros de morbilidad o mortalidad), si tenemos el domicilio de la persona, también podemos asociar las características del área de residencia a los indicadores de salud de las personas encuestadas o los casos registradas. Los estudios de niveles múltiples nos permitirán hacer un análisis en que “juguemos” con los datos a nivel individual y los datos a nivel contextual (Ya hablaremos sobre ellos).

Georreferenciación y Sistemas de Información Geográficos (SIG)

Tenemos bases de datos “Georreferenciadas” cuando las variables de localización (el nombre y número de la calle del domicilio de una persona o la localización de una fuente de contaminación) están en forma de coordenadas espaciales XY.

Los sistemas de información geográficos (SIG) permitirán asignar automáticamente el domicilio de esa persona (o fuente de contaminación) a una unidad geográfica determinada (la vivienda de la calle A y el portal B, se asigna a la zona básica de salud C o a la sección censal D). Pero además permitirán relacionar esos puntos con otra información geográfica incluida en el sistema. A veces los propios SIG no solo realizan la representación geográfica mediante mapas específicos de la distribución espacial de las variables sociales (indicadores de privación social) y de salud (riesgo de enfermar o morir por una causa), sino que permiten las operaciones estadísticas que relacionan ambas.

Falacia ecológica y falacia atomista

La falacia ecológica es el error que ocurre al pretender que las asociaciones que se observan a un nivel agregado (por ejemplo, de área geográfica) también ocurren necesariamente a nivel individual (de personas). La asociación que encontramos a un nivel puede desaparecer a otro nivel. Se ha invocado muchas veces para desprestigiar los estudios geográficos o ecológicos.

Por el contrario, la falacia atomista es el error de considerar que las asociaciones encontradas en el nivel individual (por ejemplo, en un ensayo clínico) pueden extrapolarse a nivel colectivo o social. Cada vez se reconoce más el valor que tienen los estudios ecológicos al proporcionarnos información del contexto espacial y social de los individuos, es decir de las poblaciones (que es sobre lo que al fin y al cabo trata la epidemiología: “epi-demos” = sobre las poblaciones).

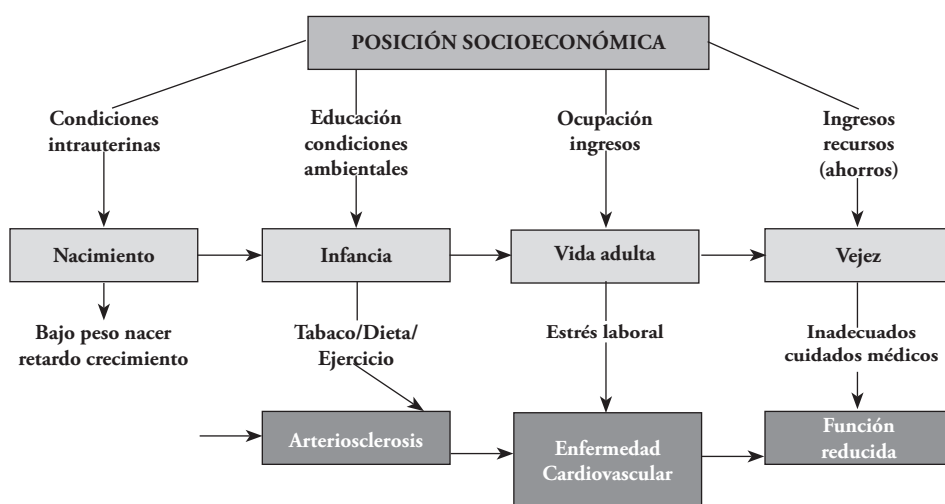
La perspectiva de la trayectoria vital (Lifecourse perspective)

Hasta ahora hemos repasado las diversas opciones que tenemos para medir la posición social de la población al diseñar un estudio de DSS. En las anteriores secciones hablamos de la clase social, la clase ocupacional, la educación, el ingreso y el nivel de privación social.

Sin embargo, la relación entre la posición socioeconómica y la mala salud la debemos estudiar desde una visión que abarque toda la trayectoria vital de las personas y no solo un momento o periodo de su vida. Debemos por lo tanto considerar la acumulación de riesgos a los que se ha expuesto una persona desde antes de su nacimiento hasta el momento en que ha dado la cara el estado de mala salud. Si tenemos en cuenta esta perspectiva de la “trayectoria vital” (en inglés: “lifecourse perspective”) en el diseño de nuestros estudios de epidemiología social, también debemos considerar que la variable elegida para medir la influencia de la posición económica en la relación entre los riesgos estudiados y la mala salud (o la buena salud) puede (y a veces debe) ser diferente en cada periodo de la vida.

Un ejemplo, nos lo dan John Lynch y George Kaplan cuando sugieren un modelo conceptual acerca de las influencias socioeconómicas sobre las enfermedades cardiovasculares desde una perspectiva de trayectoria vital (ver figura 5) (26).

FIGURA 6.



Fuente: John Lynch and George Kaplan. Socioeconomic Position
En: Social Epidemiology. Edited by Lisa F. Berkman and Ichiro Kawachi. Oxford University Press, 2000.

Los principales factores de riesgo relacionados con la arteriosclerosis en el nacimiento, serían el bajo peso al nacer y el retardo en el crecimiento. A su vez en la infancia, la adquisición de ciertos hábitos dietéticos (consumo de grasas), de

ejercicio físico y consumo de tabaco determinarían el riesgo de arteriosclerosis futuro, que a su vez determinaría el riesgo de enfermedad cardiovascular. La posibilidad de padecer esta enfermedad también dependerá del nivel de estrés laboral durante la vida adulta. Una vez instaurada la enfermedad cardiovascular al final de esta vida adulta o en la vejez, la función del sistema cardiovascular estaría más o menos reducida dependiendo de los cuidados médicos que recibe el paciente crónico.

Es decir, en cada etapa vital hay unos riesgos que inciden sobre el proceso de gestación y desarrollo de la enfermedad. Estos riesgos se distribuyen de forma diferenciada en la escala socioeconómica. Para capturar esta distribución diferencial, necesitaremos utilizar diferentes variables sociales. En la infancia los hábitos de salud estarán determinados por el nivel social de los padres y el contexto en el que se vive. Por ello, debemos elegir o bien variables sociales referidas a los progenitores o bien el nivel de educación que tenga el sujeto al finalizar el periodo infanto-juvenil, que a su vez está fuertemente determinado por la posición social de los padres. Las variables contextuales (ejemplo, la infraestructura en el barrio para hacer ejercicio o de forma más general, el nivel de privación social) van a ser también determinantes.

En la vida adulta, la ocupación y los ingresos, van a dar cuenta de cómo se ha rentabilizado el nivel educativo alcanzado y de los riesgos laborales que determinan un patrón de salud (incluidos los riesgos psico-físicos, como el nivel de estrés laboral, o la exposición a riesgos físicos y químicos en el puesto de trabajo). También la ocupación va a determinar el nivel de ingresos y la posibilidad de que estos ingresos satisfagan las necesidades materiales y que “tamponen” en lo posible los problemas psico-sociales que emergen en los momentos críticos de la trayectoria vital (entrada en la adolescencia, crisis familiares, separaciones de parejas, adaptación escolar en el paso a la secundaria, primeros síntomas de violencia o maltrato, entrada en el mundo laboral, desempleo, jubilación, etc.).

En la vejez, lo determinante no serán tanto los ingresos mensuales (la pensión de jubilación o viudez), sino los recursos acumulados (ahorros, rentas y bienes heredados, no dependientes de los ingresos relacionados con el trabajo). Estos condicionaran el acceso a cuidados médicos adecuados (especialmente en países en que no haya un acceso universal y equitativo a los mismos). Finalmente, los riesgos al nacer estarán determinados por las condiciones intrauterinas, que deben ser medidas con variables sociales de la madre.

En resumen, para estudiar las Influencias socioeconómicas sobre las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo sobre la mortalidad), deberíamos tener información retrospectiva de la personas o poblaciones estudiadas y considerar diferentes riesgos y diversas medidas de posición social en cada periodo de su trayectoria vital. En caso contrario, debemos considerar que no estamos relacionando adecuadamente el efecto medido actualmente con el riesgo correspondiente (cuya exposición se ha dado en el pasado o, mejor dicho, ha sido fruto de una exposición acumulativa que no se limita a los riesgos que pueden medirse en el presente en esa persona).

A la hora de diseñar el estudio y de entrevistar a las personas, para medir su posición social más que optar por una variable social única, deberemos recoger diferentes variables sociales, dependiendo del modelo causal de la enfermedad o problema de salud que estemos estudiando.

3.2. La medición de los niveles de salud

Podemos relacionar la posición social (medida en forma de clase ocupacional, nivel educativo, nivel de renta, etc.) con diferentes tipos de indicadores de salud. Al igual que ocurre con los indicadores de posición social, la elección de cada indicador de salud tiene sus ventajas e inconvenientes, tanto por su significado, como por la facilidad de acceso a la fuente de datos. Sin ánimo de ser prolijo, mencionaremos algunos indicadores de salud que se usan en los estudios de DSS.

Mortalidad general

En muchos estudios se comparan las tasas de mortalidad (números de muertos por 1000 personas-año expuestos al riesgo de morir) de los diferentes grupos socio-económicos. Las tasas usadas para estas comparaciones pueden ser las tasas específicas por edad (número de muertos por persona-año en un grupo específico de edad) o tasas estandarizadas por edad (las tasas brutas de mortalidad se transforman para hacer comparables las estructuras de edad de los grupos socioeconómicos estudiados). El uso de la mortalidad en estudios de DSS se facilita cuando en los certificados de defunción y en los registros de mortalidad (fuente de datos de la mortalidad) incluyen y se complimentan las variables sociales (ejemplo, ocupación de la persona fallecida), o bien puede relacionarse el fallecido con los datos censales (podemos obtener del censo los datos socioeconómicos de la persona fallecida). En muchos casos esto no es

posible, por lo que tendremos que hacer vínculos indirectos (por ejemplo, al tener el domicilio de la persona fallecida le podemos imputar las características sociales del área de residencia). Al disponer además de las características socio-económicas de las pequeñas unidades geográficas (ejemplo, secciones censales), podemos relacionar las tasas de mortalidad con los valores medios de los indicadores sociales de estas unidades geográficas. Como ya dijimos antes, estos estudios se llaman estudios ecológicos. La fuente de datos del numerador (fallecidos), proviene del registro de mortalidad y la del denominador (población) tiene su origen en los censos de población.

Mortalidad por causas

En un porcentaje cada vez mayor los certificados de defunción, y por lo tanto, los registros de mortalidad, recogen la causa subyacente a la muerte. Ello nos permite estudiar el riesgo de morir por esa enfermedad o causa en cada uno de los grupos socioeconómicos. El problema de nuevo, son las limitaciones de disponer de variables sociales del fallecido. Además, para preservar la confidencialidad del fallecido (y evitar la estigmatización social por “causas vergonzantes”), hay aun más limitaciones, que en el caso de la mortalidad general, para relacionar la mortalidad por causas con las unidades geográficas pequeñas. Los Institutos de estadística se resisten a proporcionar bases de fallecimientos y aportan tablas de explotación de las bases. La situación ideal de los estudios de DSS se presenta cuando es posible obtener una base de datos del registro de mortalidad donde se clasifican los fallecidos por fecha, edad, sexo y causas, y además con el domicilio georreferenciado (se dispone de las coordenadas geográficas del domicilio), por lo que se puede asignar fácilmente el fallecido a una unidad geográfica determinada (aunque los límites de esta cambien con el tiempo).

Salud percibida

Las encuestas de salud suelen recoger preguntas sobre la percepción que tiene el entrevistado de su salud (buena, regular, mala) y su evolución en el último año. Diversos estudios han demostrado que este indicador subjetivo tiene una buena correlación con indicadores muy objetivos y duros como la esperanza de vida. Además, se ha visto un claro gradiente social en las respuestas de los entrevistados (la percepción del estado de salud es peor al descender en la escala social).

Prevalencia de enfermedades crónicas

En las mismas encuestas de salud, se pregunta sobre si ha sido diagnosticado de alguna de las enfermedades o problemas de salud que figuran en una lista. Sirve para determinar la prevalencia de diagnósticos (autorreferidos) de enfermedades crónicas y relacionarla con las variables sociales.

Utilización de servicios

Diversas encuestas (de salud, de satisfacción de usuarios) investigan la frecuencia y el perfil de utilización de servicios sanitarios. Cuando se relaciona con el estatus social del usuario, puede explorarse si hay barreras sociales de acceso a los servicios, o si, por el contrario, estos han conseguido un acceso universal (y no determinado por el estatus social) de la población a los mismos. En nuestro país, con un sistema de acceso universal, aunque los indicadores son satisfactorios, comparados con otros países de nuestro entorno, sigue persistiendo un gradiente social en la utilización de servicios de atención especializada y en el acceso a ciertos servicios y prestaciones, insuficientemente cubiertos por la sanidad pública (Odontología, corrección de déficits sensoriales, principalmente de vista y oído, servicios de salud mental, etc.). Además, la persistencia de barreras culturales y étnicas (ejemplo, población gitana e inmigrante) a la utilización de ciertos servicios (especialmente los de tipo preventivo), es otra tarea pendiente.

3.3. Las medidas que relacionan la posición social con el nivel de salud

Hasta ahora hemos repasado diferentes formas de medir la posición social, por un lado, y diferentes formas de medir el nivel de salud, por otro. Ahora le dedicaremos un espacio a ver como medimos la relación entre nivel de salud y posición social. Es decir, como calculamos la desigualdad y los problemas inherentes al comparar niveles de desigualdad; tanto a lo largo del tiempo (por ejemplo, saber si la desigualdad va disminuyendo en un país determinado), como entre diferentes países o comunidades.

En términos generales, decimos que hay desigualdad cuando la medida de salud (ejemplo, tasa de mortalidad o morbilidad) de un grupo social X es diferente de la del grupo Y. Ahora bien, ¿cómo podemos afirmar que esta desigualdad es fruto de la estratificación social? ¿Afecta a determinados grupos o atraviesa toda la sociedad? ¿Cómo podemos decir que hay “un gradiente social” directo o inverso en esta relación? Es decir, ¿podemos concluir que a medida que se descende en la escala social el riesgo de enfermar es mayor? O bien, viceversa: ¿las personas pertenecientes a clases altas tienen más riesgo de enfermar?

Por otra parte, teniendo en cuenta que hay varios grupos sociales implicados, ¿Cómo sumarmos la información?

Hay muchas medidas e índices para sumarizar esta relación. Para los lectores interesados en profundizar en las mismas les remitimos al magnífico trabajo de Mackenbach y Kunst para la OMS, su desarrollo posterior, al pedagógico sumario realizado en 2002 por la OPS y a la interesante revisión realizada por el equipo de Carme Borrell, que también firman Joan Benach y Anton E. Kunst (27, 28, 29, 30). Hemos extractado del mismo algunos párrafos para la selección y presentación de las medidas más usadas. Son las que nos encontramos más frecuentemente al leer estudios de DSS:

1. Razón de tasas entre el grupo socioeconómico más alto y el más bajo. Se comparan dos grupos en situaciones extremas –por ejemplo, el país con los ingresos más altos (A) y el país con los ingresos más bajos (B)– con respecto a un indicador de salud. Por lo general una tasa de mortalidad o morbilidad. Cuanto mayor es el valor dado por la razón de las tasas (tasa A: tasa B), mayor es la desigualdad. Cuando se utilizan percentiles, A y B no son países sino grupos de países o grupos de población. Su mayor ventaja radica en que es fácil de calcular e interpretar. En cuanto a las desventajas, solo tiene en cuenta los grupos extremos y deja de lado las desigualdades dentro de los grupos o entre grupos intermedios.
2. Diferencia entre las tasas del grupo socioeconómico más alto y el más bajo. Similar al indicador anterior, pero se basa en la diferencia entre las tasas (tasa A–tasa B) de los dos grupos comparados, en lugar de la razón. Tiene las mismas ventajas y desventajas que el indicador anterior.
3. Índice de efecto relativo basado en una regresión (Regression-based relative effect index). Se tienen en cuenta todos los grupos de la sociedad de forma separada, permitiendo analizar cómo varían la mortalidad y la morbilidad en función del estrato socioeconómico. Se calcula mediante una regresión en la cual la variable dependiente (y) es la tasa de morbilidad o mortalidad y la variable independiente (x) es el estrato socioeconómico. De la forma de la relación dependerá si es o no necesario llevar a cabo una transformación de la variable. Entre sus ventajas evidentes están el hecho de que tiene en cuenta todos los grupos sociales y permite incorporar otras variables en el modelo. Sin embargo sus desventajas se basan en la necesidad de paquetes informáticos de estadística, además de que, como en toda regresión, hay que verificar ciertos supuestos, entre ellos el de linealidad.

4. Riesgo atribuible poblacional (RAP) porcentual (o fracción etiológica). Puede interpretarse como la fracción de la tasa general de morbilidad o mortalidad que se podría reducir en el caso hipotético de que todos los grupos tuvieran la tasa del grupo socioeconómico más alto. Se calcula como la diferencia entre la tasa general y la tasa del grupo socioeconómico más alto, expresada como porcentaje de la tasa general. No solo compara las tasas de morbilidad y mortalidad de los grupos socioeconómicos más altos con las de los más bajos, sino que también refleja el tamaño de los grupos. Ventajas: es fácil de calcular e interpretar. Toma en cuenta no solo la variación entre los grupos, sino también el tamaño de la población. Desventajas: no contempla la asociación entre el estrato socioeconómico y la morbilidad y mortalidad en los grupos.
5. Riesgo atribuible poblacional (RAP) absoluto. Multiplicando el RAP porcentual por la tasa se obtiene la reducción absoluta de la tasa general en el caso hipotético de que todos los grupos tuvieran la tasa del grupo socioeconómico más alto. Tiene las mismas ventajas y desventajas que el indicador anterior.
6. Índice de disimilitud, relativo (Index of dissimilarity - percent). Puede interpretarse como el porcentaje de casos que debería ser redistribuido para obtener la misma tasa de morbilidad o mortalidad en todos los grupos. El índice de disimilitud es grande si una parte relativamente grande de la población pertenece a los grupos socioeconómicos alto o bajo. Refleja en qué medida la distribución de la población se aproxima a una situación en la que todos tuvieran el mismo nivel socioeconómico. Ventajas: es fácil de calcular e interpretar. Desventajas: no toma en cuenta la relación entre la variable de salud y el indicador socioeconómico. La idea de redistribución que subyace a su lógica no tiene sentido cuando se trata de mortalidad o morbilidad.
7. Índice relativo de desigualdad (Relative index of inequality). Es una medida más sofisticada que tiene en cuenta el tamaño de la población y la posición socioeconómica relativa acumulada de los grupos. Se obtiene mediante una regresión de la tasa de morbilidad o mortalidad de los grupos socioeconómicos sobre una medida específica de sus posiciones relativas: la proporción de la población que tiene una posición superior en la jerarquía social. Un índice alto implica diferencias grandes en la morbilidad o mortalidad entre las posiciones altas y bajas de la jerarquía definida por la variable socioeconómica. Ventajas: tiene en

cuenta el tamaño de la población y la posición socioeconómica relativa de los grupos. Es sensible a la condición de salud del promedio de la población. Desventajas: exige programas estadísticos y cierta cultura estadística para su interpretación.

8. Índice de desigualdad de la pendiente (Slope index of inequality). Es el equivalente absoluto del índice relativo de desigualdad. Expresa la desigualdad de salud, en términos de tasas, entre los estratos más altos y los más bajos en la jerarquía definida por el indicador socioeconómico elegido. Bajo este modelo, la pendiente (b) de la recta de regresión expresa la magnitud del cambio de la variable de salud por cada unidad de cambio de posición en la jerarquía socioeconómica de la población. Ventajas y desventajas: Las mismas del indicador anterior.
9. Coeficiente de Gini y curva de Lorenz. El coeficiente de Gini está basado en la curva de Lorenz, la cual, siendo una curva de frecuencia acumulada, compara la distribución de una variable con la distribución en condiciones de uniformidad (igualdad). Esta distribución uniforme está representada por una línea diagonal cuya pendiente es 1 y cuyo intercepto es 0. Cuanto más se distancia la curva de Lorenz de esta línea, mayor es la desigualdad. El coeficiente de Gini, que mide el grado de desigualdad, es una medida resumen que representa cuánto se desvía la curva de Lorenz de la línea diagonal de igualdad. Las personas o grupos que conforman la población se ordenan, de peor a mejor, en términos de su situación de salud. El coeficiente de Gini va de 0 (igualdad perfecta) a 1 (desigualdad total). Ventajas: utiliza la información de todos los grupos; no necesita una estratificación socioeconómica de la población. Desventajas: no contempla la dimensión socioeconómica; cambia muy poco en el espacio y en el tiempo cuando se analizan desigualdades de mortalidad en grupos de edad de 15 años o más. Por sí solo, el coeficiente de Gini no aporta información sobre la forma en que está distribuida la desigualdad.

Factores a considerar en la interpretación y el diseño de las medidas

A la hora de utilizar o interpretar estas medidas de las desigualdades en salud relacionadas con la posición social debemos tener en cuenta algunos factores como son: la diferencia entre desigualdad relativa y absoluta, la población de referencia utilizada, el tamaño de las poblaciones comparadas y la diferencia entre usar eventos de salud positivos o negativos (31).

1. Las medidas de desigualdad relativa frente a la desigualdad absoluta. Cada uno de los dos tipos de medidas, absolutas y relativas, nos dan una información concreta, por lo que se recomienda usar ambas. Las medidas de desigualdad relativa son fácilmente entendibles y las medidas absolutas nos dan información sobre la distribución de la magnitud de la desigualdad, fundamental para la planificación sanitaria. Así por ejemplo, suponemos que tenemos un país con una tasa de mortalidad por la enfermedad A de 18 por 100.000 en la clase baja y del 9 por 100.000 en la clase alta; por otra parte, la mortalidad por una enfermedad B es del 6 por 100.000 en la clase baja y del 1,5 por 100.000 en la alta. ¿En qué enfermedad la desigualdad social es más manifiesta? ¿Sobre cual debemos priorizar intervenir? Si tenemos en cuenta la desigualdad relativa, concluiremos que esta es mayor respecto a la B (razón de tasas de 4) que respecto a las A (razón de tasas de 2). Además, podemos expresarlo fácilmente diciendo que el riesgo de morir en las clases bajas, respecto a las altas, es de cuatro veces más en una enfermedad, frente a dos veces más en la otra. Sin embargo, si usamos las medidas de desigualdad absoluta, veremos que la diferencia de tasas es de 9 por 100.000 en el caso de la mortalidad por A, frente a 4,5 por 100.000 en el caso de la B. Conseguiremos un impacto sobre más población y más carga de enfermedad y muerte si optamos por abordar la desigualdad por A en nuestro ejemplo ficticio.
En general, si los problemas de salud son frecuentes, tenemos que dar más importancia a las desigualdades en los mismos, aunque las diferencias entre grupos sociales sean menores. Tenemos que dar mayor importancia a diferencias de 10 por ciento en problemas muy prevalentes (ejemplo: la obesidad) que a diferencias de hasta 50 por ciento en problemas de salud raros. Al hacer comparaciones de la evolución de las desigualdades en un país a lo largo del tiempo deben usarse ambas medidas para darnos una idea más cabal del cambio. Así por ejemplo, algunos estudios de DSS parecían poner en cuestión las políticas de bienestar social de los países escandinavos al exponer que las desigualdades relativas apenas habían disminuido en las últimas décadas, y que incluso habían aumentado. Sin embargo, no tuvieron en cuenta la disminución de las desigualdades absolutas y el efecto de los cambios en la composición de los grupos sociales (disminución del tamaño de las clases bajas y aumento de las medias)
2. Población de referencia. Ya hemos comentado que no es lo mismo medir las diferencias entre dos grupos sociales que entre varios o todos

los grupos sociales de una comunidad o país. Si medimos la diferencia entre grupos extremos, estas parecerán mayores si comparamos los quintiles extremos que si lo hacemos con los terciles extremos. Además, si medimos la diferencia entre varios grupos, las desigualdades pueden ser diferentes dependiendo del grupo usado como referencia (la tasa general de la población, la tasa del grupo más sano, la tasa del grupo socioeconómicamente más rico o la tasa que fija la meta a alcanzar en la nivelación del riesgo).

3. Tamaño de la población. Los grupos sociales representan diferentes porciones de la población total. La proporción de la población total que es de clase social baja puede ser diferente entre países. Además, esta proporción puede variar a lo largo de la historia en un mismo país. Cuanto más reducido (más extremo) es el grupo socio-económicamente bajo, mayores parecerán las desigualdades respecto al total o respecto al grupo social alto. Por ejemplo, si las clases bajas en un país como Suecia supusiesen solo 10 por ciento de la población total sueca, las diferencias entre los extremos sociales serían mayores, en comparación con un país como España, en el que las clases bajas podrían suponer 25 por ciento de la población total española.

En España las diferencias parecerían menores que en Suecia, a pesar de que en este país las políticas sociales de décadas hubiesen conseguido un ascenso social y que menos proporción de la población fuera de clase baja.

Esto también nos lleva a la idea de que cuando planteamos políticas de intervención sobre las desigualdades no solo debemos tener en cuenta las tasas en cada grupo social sino el tamaño del grupo social. Así por ejemplo, si tenemos que una enfermedad, como por ejemplo la cardiovascular, tiene un claro gradiente social, medido en este ejemplo por el nivel educativo, siendo “muy alto” en los que no tienen estudios y solo “alto” en los que tienen estudios bajos; sin embargo, la proporción de la población sin estudios supone solo 5 por ciento y la que tiene nivel educativo bajo es el 60 por ciento del total, debemos enfocar claramente nuestros esfuerzos en el grupo de nivel educativo bajo, si queremos tener un impacto sobre la tasa poblacional.

4. Uso de eventos positivos vs. eventos negativos de la salud. Los eventos de salud pueden ser definidos de una forma positiva o negativa (morir/sobrevivir; vacunados/no vacunados, etc.). Las diferencias relativas son muy sensibles a la opción entre elegir eventos positivos o negativos. Las

desigualdades relativas en fenómenos comunes tienden a ser infravaloradas. Así por ejemplo, supongamos que gran parte de la población ha sido vacunada, alcanzándose una cobertura de 91 por ciento en la clase alta y 83 por ciento en la clase baja. O lo que es lo mismo: 9 por ciento de la clase alta no ha sido vacunado, frente a 17 por ciento de la clase baja. Si midiéramos el evento negativo (no vacunados), que en este caso es el evento más raro o minoritario, tendríamos que la diferencia absoluta es 8 (17-9) y la diferencia relativa es 1.9 (17/9). Sin embargo, si midiéramos el evento positivo (cobertura vacunal), que es mayoritario o frecuente, tendríamos que la diferencia absoluta también es 8 (91-83), pero la diferencia relativa es menor: 1,1 (91/83).

Si mencionáramos solo la diferencia relativa de la cobertura vacunal entre las clases sociales extremas podríamos decir que es pequeña (10% más en la clase alta). Si usáramos la diferencia relativa en los no vacunados nos parecería mayor (un 90% más en la clase baja).

3.4. Los límites de la epidemiología social y de sus medidas (32)

La complejidad de lo social y el método epidemiológico

Aunque la epidemiología social tiene vocación de construir un nuevo paradigma científico (33), que supere el dominante (34, 35), sus esquemas de pensamiento y su metodología están anclados en la epistemología positivista y determinados por los límites de la estadística (36). Como el resto de “ramas” de la epidemiología, opera con un objeto-modelo (37) específico como es el riesgo (29) y sobre un campo complejo como el social.

La epidemiología social practica una epidemiología observacional, que difiere de la orientación experimental de la epidemiología clínica, basada principalmente en ensayos clínicos, donde el campo de investigación se recorta a una selección de variables de interés clínico de grupos de pacientes aislados de su medio social. Sin embargo, no olvidemos que si bien la epidemiología observacional tiene vocación de estudiar la realidad de forma lo más inclusiva posible, algunos autores (38) advierten del riesgo de estar construyendo conocimientos a partir de la relación con un mundo virtual, en el que las bases de datos sustituyen a las poblaciones reales y las operaciones estadísticas y las estimaciones de los perfiles de riesgo con vocación de universalidad sustituyen la escucha de la población y dificultan la captación de toda la riqueza del complejo proceso de salud y enfermedad.

Otro riesgo de la epidemiología social sería su aislamiento de la realidad social al estar sus investigadores frecuentemente alejados del campo de la intervención en Salud Pública (que incluye la llamada epidemiología de campo). En el caso de los epidemiólogos sociales, cuyos principales mentores abogan por la socialización del epidemiólogo (27), el aislamiento del medio social sería una doble contradicción respecto al nombre que los identifica; por ello, deben huir de la tentación de recluirse en las «torres de marfil» de las universidades o de los institutos de investigación, lugares donde paradójicamente es más factible hacer estudios de desigualdades sociales en salud. Afortunadamente, en el campo de la epidemiología social, en particular la de Latinoamérica (39, 40), tan desconocida en nuestro país a pesar de la proximidad cultural y lingüística, se viene desarrollando la conciencia (y la práctica) de que es necesario incorporar el pensamiento complejo (41) y las metodologías de investigación cualitativas (42) para operar sobre la complejidad propia de la sociedad y las poblaciones, para lo que es necesario construir un nuevo paradigma que incluya categorías propias del subjetivismo, la reflexividad, el determinismo abierto y la elucidación (29).

Abogados a la frustración

La búsqueda de la brillantez metodológica deja insatisfecho a quien está en contacto permanente con el campo, que es el de la complejidad. Los asuntos del campo de la salud pública, como problemas sociales que son, tienen difícil solución desde el abordaje profesional individual y desde el método positivista-estadístico. La realidad nunca se ajusta a los modelos, siempre faltan datos o dudamos de su calidad, muchas veces se saben perfectamente las cosas, pero parece que los datos en que uno se apoya no son suficientes o solventes. Siempre hay algo que se escapa (alguna variable forzada, alguna conclusión cogida por los pelos, hay algo que no acaba de ser verdad del todo). Además, se está abocado a la frustración de no tener la satisfacción de la resolución inmediata de los problemas, ni el reconocimiento social que ello genera, como ocurre en la práctica clínica, con la que están en contacto tan directo los epidemiólogos de campo. Por otra parte, los epidemiólogos sociales siempre estarán abocados a la frustración inherente a la dificultad de influir en las políticas públicas (43).

¿Es posible una epidemiología (social) mestiza? (44)

Los límites de la epidemiología social, que son los límites de la epidemiología, podrían ser superados si los situamos en el método epidemiológico y concebimos la epidemiología como el área de conocimiento que estudia los factores

colectivos de la salud y la práctica que contribuye a intervenir sobre ellos. Como tal, la epidemiología, al abarcar lo colectivo, sería una ciencia social. El problema aparece cuando intentamos aprehender cosas del campo colectivo y social con herramientas creadas para el campo biológico e individual, o si nos seguimos aferrando al positivismo en el siglo XXI. El valor que pueden tener la epidemiología y la salud pública para la sociedad es precisamente su carácter «mestizo», entre lo biomédico y lo social, entre lo clínico-individual y lo psicosocial colectivo, entre lo técnico y lo político, y sus posibilidades de mediación entre ambas orillas (45). Desde esta apertura fuera de los límites, podríamos pensar en una “epidemiología (social) mestiza”, fruto del mestizaje entre el enfoque de las ciencias biológicas y el de las ciencias sociales y humanas, que incluyera por otra parte el uso ecléctico tanto de los métodos cuantitativos, como de los cualitativos, superando incluso en algunos casos esta dicotomía.

**ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS MÁS
RELEVANTES A NIVEL INTERNACIONAL**

4.

En la historia y el inventario de los estudios de DSS, hay un antes y un después del informe Black (Black Report), que vio su luz en 1980. Sin embargo, este es el fruto de un trabajo previo de décadas, que se articula a través del desafío de investigadores a la epidemiología dominante y se beneficia de los vientos de reforma política que soplaron después de la Segunda Guerra Mundial, recogidos por algunos gobiernos y por organizaciones como la OMS y sus proyectos de Atención Primaria de Salud.

4.1. La corriente epidemiológica alternativa de los sesenta y setenta

En los años sesenta y setenta, como rechazo al modelo imperante de la caja negra y la multicausalidad, aparecen los que ahora llamamos “epidemiólogos sociales”. En el mundo anglosajón destacan nombres como Susser, Syme, Graham, o Rose, etc. Muchos de ellos incorporan modelos y métodos provenientes del campo de la sociología o la antropología.

Geoffrey Rose: del por qué este individuo particular enferma al por qué esta población tiene esta particular distribución de riesgo

Geoffrey Rose (1926-1993), en su libro “La estrategia de la medicina preventiva”, desarrolla la teoría sobre la distribución del riesgo en las poblaciones (46). El riesgo individual de enfermar no puede considerarse aislado del riesgo de la población a la que se pertenece. Así por ejemplo, el nivel de colesterol considerado “normal” en la sociedad finlandesa es causa de alarma en Japón. La principal implicación de la teoría de Rose consiste en que en vez de preguntarnos por qué este individuo particular enferma, nos debemos preguntar por qué esta población tiene esa particular distribución de riesgo. Frente a las estrategias de prevención centradas en los grupos de alto riesgo (“estrategias de alto riesgo”), debemos promocionar “estrategias poblacionales”, dirigidas a cambiar los condicionantes estructurales de estos riesgos en la población.

Hilary Graham y las madres irresponsables

Hilary Graham, cuyo origen académico son las ciencias sociales y las políticas sociales, desarrolla estudios sobre la ligazón de las conductas a las circunstancias sociales. Un ejemplo son los diferentes estudios que han indicado que las madres que aparentemente son unas inconscientes contraviniendo los consejos médicos, en realidad están estableciendo estrategias (47) (lactancia artificial, mezclar cereales en el biberón, dar dulces a los niños, fumar (48), etc.) que les permite enfrentarse al estrés de cuidar la familia con un bajo nivel de recursos (49). Sus estudios mostraron pues una compleja relación entre conductas individuales y factores materiales y que es una simpleza explicar las conductas nocivas desde la ignorancia o pereza. Hilary Graham formó parte de la comisión que elaboró el informe Acheson, del que luego hablaremos.

Nuevas revistas

También debemos destacar que en las décadas de los sesenta y setenta surgen revistas en el mundo anglosajón (*American Journal of Public Health*, *Social Science and Medicine*), más orientadas a publicar estos estudios “sociales” y que consiguen romper las barreras impuestas a la difusión de estas investigaciones por las publicaciones que se regían por el modelo epidemiológico asocial e individualista dominante.

Mervyn Susser, activista antes que epidemiólogo

La figura de Mervyn Susser es un referente obligatorio en el mundo de la epidemiología social, siendo inseparable de la aportación de su mujer Zena Stein (n.1922). Como dijimos anteriormente, quien se dedica a los estudios de desigualdades sociales en salud, tiene que tener claro la teoría de justicia social con la que opera. Es difícil separar la ideología del método y de la práctica profesional. Mervyn y Zena lo tenían claro. Antes de ser médicos (1950), fueron activistas sociales y anti-apartheid en Sudáfrica (en Durban) de los años cuarenta, además de voluntarios en la segunda guerra mundial. Sus biografías ilustran muy bien esta ligazón posible y deseable entre ciencia y compromiso social y político (50).

Hicieron un trabajo muy interesante en un centro de salud comunitaria en Alexandra (Johannesburgo), formándose en epidemiología y recogida de datos a partir del trabajo práctico con la población. Su activismo político les llevó a participar en el Congreso Nacional de Demócratas-Congreso Nacional Africano y sufrir persecución política.

Con tres niños decidieron autoexiliarse en Inglaterra (1956-1965), concretamente en la Universidad de Manchester (Departamento de Medicina Social y Preventiva). Allí publicaron los primeros estudios a partir de los datos recogidos en Sudáfrica: epidemiología reproductiva (bajo peso, retardo mental, abortos espontáneos) y su relación con estructura social. También generan sus estudios considerando la exposición acumulativa a riesgos a lo largo de toda la vida (lifecourse epidemiology). Otras publicaciones que merece la pena revisar son sus estudios históricos: (Hambruna en Holanda en el invierno 1944-45), sus estudios de cohorte: (úlceras pépticas e industrialización 1960). Y finalmente el libro de referencia “Sociology in Medicine” (escrito en colaboración con el antropólogo William Watson), en el que se hace un meritorio esfuerzo de acercar las ciencias sociales a las médicas.

En 1960 es contratado Mervyn en Estados Unidos, concretamente en el Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de Universidad de Columbia. Se esforzó en proporcionar una enseñanza formal en epidemiología en la era de la crisis paradigmática producida por las enfermedades crónicas. De esta época es su magnífico libro “Causal Thinking in the Health Sciences” (51).

El libro de Susser hace una distinción entre causa distante e inmediata de enfermar e introduce la perspectiva ecológica en la epidemiología (la teoría de sistemas y el modelo ecológico de Ludwig von Bertalanffy estaba en esa época de moda). En resumen, abogaba por considerar diferentes niveles de organización (celular, orgánico, individual, grupal, social) a la hora del diseño y el análisis de datos en un estudio epidemiológico. También defiende la necesidad de considerar y criticar por qué los epidemiólogos pensamos de una determinada manera.

Susser va recortando una nueva forma de entender la epidemiología: Epidemiología social frente a la Epidemiología del método o Popperiana, representada de alguna forma por figuras como Kenneth Rothman. Susser fue editor del American Journal of Public Health, desde donde no solo favoreció la publicación de trabajos sobre desigualdades sociales en salud, sino que publicó interesantes reflexiones teóricas (52).

Por otra parte, nunca abandonó su activismo político. Luchó por los refugiados de la dictadura de Pinochet y los desaparecidos en Argentina, criticó profundamente las posturas sobre el SIDA de sus ex correligionarios del CNA, ahora en el gobierno de Sudáfrica.

Los herederos de Susser: Nancy Krieger

Entre los múltiples seguidores de Susser destacaremos a Nancy Krieger, profesora de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Nancy lleva muchos años dedicados a los estudios de desigualdades sociales en salud, especialmente enfocados a integrar las desigualdades de clase y género. Es una especialista de los estudios de niveles múltiples (mencionado en el capítulo anterior) y entre sus desarrollos teóricos destaca el artículo: *Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?* (53). En él critica la teoría multicausal de la enfermedad, cuestionando que si es cierto que existe una telaraña de causas (red causal), porque no nos preguntamos dónde está la araña que ha tejido la tela, es decir, cuál es la causa última de la constelación de “factores de riesgos”.

4.2. El sueño epidemiológico de las ciudades laboratorio.

En los Estados Unidos de los años sesenta las grandes universidades pusieron en marcha estudios epidemiológicos que pretendieron hacer realidad el gran sueño de la epidemiología: tener bajo observación a toda una población. Cómo decía Almeida-Filho poblaciones enteras eran encapsuladas, congeladas, monitorizadas, enfrascadas y listas para el análisis de riesgo (37). Los habitantes de la ciudad adoptada por la universidad correspondiente, se sometían periódicamente a encuestas, exámenes de salud y a recogida de muestras de sangre para test serológicos, hasta su muerte. El gran panóptico de Bentham hecho realidad.

Cada escuela de salud pública adoptó una población o condado: La Universidad de John Hopkins se centró en estudiar la pequeña ciudad de Hagerstown. La prestigiosa Universidad de Harvard optó por Framingham (Nueva Inglaterra), cuyo nombre acabó siendo una referencia en los estudios de factores de riesgo cardiovascular. La Universidad de Carolina del Norte eligió el condado de Evans como su “conejillo de Indias” y la UCLA (Universidad de California en Los Ángeles) eligió el condado de Alameda.

Se realizaron estudios de cohorte o longitudinales, siguiendo amplias muestras de sujetos, de los que se conocía (a través de cuestionarios) ciertas características, cuya potencialidad como factores de riesgo (frente al enfermar o morir) era explorada. Los diseños de los estudios pretendían controlar las llamadas variables confusoras y poder hacer inferencias causales (afirmaciones sobre la relación causa y efecto, por ejemplo, entre un factor de riesgo y la enfermedad).

Estos experimentos poblacionales dieron lugar a múltiples trabajos científicos, que nutrieron las revistas científicas durante décadas. Su conocimiento y estudio es de gran interés para el epidemiólogo social. Sin embargo, no nos debemos aislar del contexto socio-político donde fueron creados y de las teorías sociales y prácticas de intervención en las que se inspiraron y a las que apoyaron.

Muchos de ellos fueron planteados desde el paradigma de la caja negra, de la que ya hemos hablado. Es decir, se intentaba asociar el enfermar y morir con una serie de factores de riesgo (tanto individuales como sociales, pero puestos al mismo nivel), mediante técnicas estadísticas multivariantes (como la regresión logística), sin preocuparse de jerarquizarlos o relacionarlos entre sí. Además, el nivel socioeconómico era puesto al mismo nivel que el ejercicio físico o el nivel de colesterol en sangre, cómo si estos últimos fueran factores independientes del primero. Lo mismo ocurría con las características del vecindario o el nivel de relaciones sociales. Por cierto, que en nuestro país se están aplicando y utilizando ampliamente (especialmente en Atención Primaria) las tablas de riesgo cardiovascular de Framingham (Framingham Score) para predecir el riesgo de morir de infarto de miocardio, dependiendo de la presencia de ciertos factores individuales, sin tener en cuenta las condiciones de vida del sujeto.

Por ello, sirvieron para apoyar la ideología dominante en la epidemiología anglosajona del momento. Los primeros estudios se enfocaron en afirmar que ciertos factores individuales de conducta (ejercicio físico escaso, fumar, consumo de alcohol, etc.) eran los que determinaban la muerte, independientemente del nivel socio-económico. O lo que era lo mismo, utilizando terminología epidemiológica: después de ajustar por el factor nivel socio-económico, la asociación entre fumar o tener una vida sedentaria y el mayor riesgo de enfermar o morir, seguía siendo estadísticamente significativa. La intervención, por lo tanto, no se debía dirigir a cambiar las desigualdades socioeconómicas, sino a hacer campañas de cambio de hábitos individuales. ¡Cómo si ambos factores estuvieran desligados!

Otra línea de trabajo era concentrarse en demostrar que las diferencias de salud eran debidas a las características del vecindario (áreas empobrecidas) o al nivel de integración social de las personas (estar aislado socialmente, sin redes de apoyo). Ambas características (vecindarios pobres o aislamiento social) eran analizadas como factores que también se podían independizar del nivel socioeconómico.

El estudio del condado de Alameda

Un ejemplo claro es el estudio del condado de Alameda. Éste ocupa la mayor parte de la región de la Bahía Oriental de San Francisco. Su población es de 1'443.741 habitantes (censo de 2000). Su capital es Oakland, y también es conocido por albergar la Universidad de Berkeley.

El “Estudio de Salud y modos de vida” (“Health and Ways of Living Study”) (54), aunque contó con científicos de esta universidad de Berkeley (como su director George A Kaplan), fue auspiciado por la UCLA. Una muestra de la población del condado se constituyó en un auténtico laboratorio de población humana (también se llamaba Human Population Laboratory Study).

Kaplan era entonces profesor de la Universidad de Berkeley. Como jefe del Human Population Laboratory del Departamento de servicios de salud de California, dirigió el estudio del Condado de Alameda. Desde 1997 es profesor de Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan y director del Center for Social Epidemiology and Population Health de la misma universidad.

Una encuesta fue diseñada para estudiar la influencia de las prácticas de salud y las relaciones sociales sobre la salud física y mental de la población. La primera “oleada” (panel de 1965) recogió la información de 6.928 personas (incluyendo unas 500 mujeres de 65 y más años) sobre problemas crónicos de salud, conductas saludables, grado de implicación social y características psicológicas. En 1974 otro cuestionario fue enviado a 6.246 sujetos supervivientes que habían respondido al cuestionario de 1965, y pudieron ser localizados. De los que 4.864 respondieron al cuestionario. Preguntas sobre la satisfacción marital y de la vida, actividad física, empleo y experiencias infantiles, así como información demográfica de edad, raza, estatura, educación, ingreso y religión fueron incluidas. El estudio finalizó en 1994 (casi 30 años después de iniciarse).

Su producción a partir de los datos del estudio fue ingente. Traeremos aquí solo unos ejemplos de las conclusiones y líneas de investigación. En algunos casos, os he podido proporcionar el vínculo al artículo original (en inglés, of course).

Se hizo un seguimiento de las personas con edades entre 60 y 94 años en 1965 durante 17 años. Tenían mayor riesgo de morir los varones, fumadores, con escasa actividad física, con sobrepeso y que no desayunaban regularmente.

Este riesgo de sobre-mortalidad era independiente de la edad, raza, posición socioeconómica y el estado de salud basal (55).

El vecindario sí importa

En las décadas de los cincuenta y sesenta los epidemiólogos sociales habían reunido un importante número de evidencias a partir de estudios epidemiológicos, que ligaban la salud con factores socioeconómicos individuales (niveles de renta o ingreso, ocupación, etc.). Sin embargo, en los setenta se abren paso estudios que dan importancia a las características del área de residencia. Vivir en zonas de pobreza tendría un efecto importante en tu salud, incluso si tu nivel socioeconómico no es bajo. Es decir, sería algo así como que aunque tú no seas pobre, vivir en un vecindario pobre puede influir negativamente en tu salud. O lo que es lo mismo, la ecuación no sería tanto: “dime lo pobre que eres y te diré qué salud tienes”, sino “dime dónde vives y adivinaré tu salud”. Para algunos esto sería una discusión bizantina: ¿Acaso no vives en un barrio pobre porque eres pobre? Es decir, la síntesis sería: “dime lo pobre que eres y te diré por donde puedes vivir y adivinaré tu salud”.

Para otros, constituía un argumento de interés político: era más fácil mejorar las infraestructuras y equipamientos de los barrios pobres, que cambiar el sistema socioeconómico responsable de las diferencias socioeconómicas individuales o familiares en los EE.UU. También era un elemento de reflexión para las clases medias que se instalaban en barrios pobres que estaban en proceso de transformación urbanística.

Ejemplos de estos “estudios de vecindario” generados a partir de la base de datos del análisis del condado de Alameda:

- a) Mortalidad y vivir en áreas pobres. Los residentes de las áreas designadas por el gobierno federal como “pobres” tienen casi el doble de riesgo de morir (riesgo relativo=1,7), una vez ajustado por edad, raza y sexo, comparados con los residentes de áreas “no pobres”. Este riesgo elevado persiste después de ser ajustado (por técnicas multivariantes) por factores como: el estado de salud basal, la raza, los ingresos económicos, el estatus de empleo, el acceso a atención sanitaria, la cobertura de seguro médico, el tabaquismo, el consume de alcohol, la actividad física, el índice de masa corporal (nivel de obesidad o sobrepeso), la pautas de sueño, el nivel de aislamiento social, el estado civil, depresión y la incertidumbre personal (56).
- b) Actividad física y vivir en áreas pobres. La residencia en áreas pobres llevaría a una actividad física decreciente, tanto por el limitado acceso a instalaciones deportivas, como por la inseguridad ciudadana por actividades criminales (57).

- c) Síntomas de depresión y de mala salud percibida asociados a vivir en áreas pobres. Los residentes en áreas pobres tienen el doble de síntomas depresivos que los que viven en áreas no pobres, independientemente del nivel de ingresos, educación, índice de masa corporal, etc. (58).
<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/28/1/90.pdf>

Las redes sociales

La base de datos del estudio del condado de Alameda también fue aprovechada por los defensores de la influencia de las redes sociales en la salud, muy en boga en la sociología estadounidense del momento, fuertemente influida por las teorías de la cohesión social, el vínculo o el capital social de Durkheim, Bowlby y Coleman, respectivamente (ya les dedicaremos un espacio en nuestro curso). Estudios como estos servían para la reivindicación del papel de la sociedad civil y el voluntariado como mitigadores de las desigualdades sociales en salud,... de nuevo sin necesidad de cambiar el orden socio-político-económico.

Un ejemplo es el estudio de Berkman y Syme (59). Según ellos, las personas que en la cohorte estudiada en 1965 no tenían lazos sociales y comunitarios tuvieron más probabilidad de morir en los nueve años posteriores, que aquellos con más extensos contactos sociales. El riesgo de morir (riesgo relativo ajustado por edad) entre quienes están más aislados socialmente es 2,3 veces mayor en los hombres y 2,8 en las mujeres, en comparación con los que tienen mayores contactos sociales. Esta asociación entre lazos sociales y mortalidad, era independiente del estado de salud autopercebida de base en 1965, el año del fallecimiento, el estatus socioeconómico, y los hábitos de salud (como fumar, consumo de alcohol, obesidad, ejercicio físico y utilización de servicios preventivos).

También sirvió para demostrar cómo las diferencias en obesidad, asociadas en estudios anteriores al sexo y grupo étnico de pertenencia (la mayor proporción de obesidad entre las mujeres “afro-americanas”), se podían explicar por las diferencias en el nivel socioeconómico acumulado a lo largo de la vida. Por ello, los autores concluyen que las intervenciones para prevenir la obesidad y el sobrepeso deben empezar en edades tempranas de la vida y dirigirse fundamentalmente a poblaciones de bajo nivel socioeconómico (60).

4.3. La Epidemiología Social en Latinoamérica

Latinoamérica tiene una fecunda historia de pioneros en Medicina Social o Higiene Social. Algunos son conocidos por sus libros de texto como el chileno

Hernán San Martín (1915-1943), salubrista y antropólogo social cuya obra “Salud y Enfermedad” fue una referencia para los salubristas que nos formamos a principios de los años ochenta en España (61).

Otros sin embargo, son más conocidos por su faceta política que científica. Este es el caso del médico y presidente de Chile (tristemente asesinado) Salvador Allende (1908-1973). Allende publicó en 1939 su texto llamado “La realidad médico social”, (se puede descargar el libro original en el enlace (62)). Fue una obra señera de la salud pública con énfasis en la medicina social, en la que se señalaba claramente que el principal condicionante del grado de salud de la población chilena era su nivel socioeconómico.

En el último cuarto del siglo XX aparecieron en Latinoamérica varias concepciones críticas de la teoría y práctica epidemiológica. Gracias a proyectos colaborativos (basados en asociaciones como ABRASCO, ALAMES; o a revistas como Medicina Social o Cielo), que han permitido la difusión y el intercambio de experiencias, actualmente nos encontramos con un sólido polo de investigadores, estudios y prácticas de Medicina Social. Mencionaremos como ejemplos a los siguientes autores y proyectos:

1. La epidemiología de las clases sociales (o “la teoría de los perfiles epidemiológicos de clase”) del Grupo de Quito (Edmundo Granda, Jorge Breilh). Desde finales de los setenta trabajan en una propuesta teórica sobre la determinación social de las enfermedades basada en una aplicación del marco teórico del marxismo.
2. La epidemiología laboral (teoría del proceso de producción y salud) del grupo de la UAM-Xochimilco en México (Asa Cristina Laurell). Cristina Laurell ha diseñado estudios epidemiológicos usando el interesante concepto de “desgaste” en lugar de riesgo. Estudia las “cargas laborales” tanto de tipo físico como psíquico que al incidir negativa y acumulativamente en el cuerpo del trabajador producen un desgaste en su salud que puede explicar la generación de una constelación específica de enfermedades particulares, conocido como el perfil patológico de un grupo social.
3. El movimiento de Salud Colectiva en Brasil, que se agrupó alrededor de ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva), de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz y de su revista Cadernos de Saúde Pública. Naomar de Almeida-Filho es uno de sus epidemiólogos más conocidos. Además de investigador destaca por su profunda formación epistemológica (espe-

cialmente alimentada por los estructuralistas franceses, como Foucault, Castoriadis, Canguilhem, etc.) que le ha permitido hacer una interesantísima crítica del concepto de riesgo en epidemiología y un esfuerzo titánico de aproximación entre los métodos cuantitativos y cualitativos, entre el mundo de la estadística y el de la antropología. Su propuesta de Epidemiología del modo de vida o Etno-epidemiología constituye una fecunda aportación al pensamiento epidemiológico crítico (63).

Dentro de este mismo grupo de “epidemiólogos epistemólogos” brasileños podemos situar a Luis David Castiel que hace una afinada y culta crítica al enfoque simplista de los hábitos nocivos de salud (64).

4. La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), y la revista “Medicina Social”, han sido potentes focos de encuentro y divulgación de esta rica epidemiología social latinoamericana. ALAMES se define como un movimiento social, académico y político con una perspectiva de desarrollo de la Salud Pública y de la Medicina Social orientada hacia la resolución de los determinantes socio-históricos del proceso salud-enfermedad. Fue constituida durante el III Seminario Latinoamericano de Medicina Social en la ciudad de Ouro Preto, Brasil, en noviembre de 1984, con el fin de profundizar en el conocimiento de las relaciones entre salud y sociedad. La Asociación ha venido ampliando su presencia en el escenario científico y de la política en salud en América Latina, habiendo presentado en sus talleres y congresos posteriores (Medellín 1988, Caracas 1991, Guadalajara 1994, Buenos Aires 1997, La Habana 2000, Lima 2004, Salvador 2007), un avance en su organización y en su constitución como espacio de debate de las problemáticas actuales en salud en Latinoamérica. En la actualidad, ALAMES hace presencia en Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. “Medicina Social” es una revista bilingüe inglés-español, de acceso abierto y gratuito, publicada desde 2006 por el Departamento de Medicina Familiar y Social del Centro Médico Montefiore, Escuela de Medicina Albert Einstein (New York) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), a través del sistema de revisión de pares.
5. El portal SCIELO (65). El proyecto SciELO (acrónimo de Scientific Electronic Library Online) es el resultado de la cooperación entre BI-REME (Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Cien-

cias de la Salud) y FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), y está siendo desarrollado en España por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, gracias al acuerdo de colaboración establecido en la OPS/OMS y el Instituto de Salud Carlos III. El objetivo del sitio es implementar una biblioteca electrónica, que proporcione acceso completo a una colección de revistas, también números de revistas individuales, así como al texto completo de los artículos. Gracias a este proyecto se ha facilitado el acceso gratuito a las revistas de habla española con contenidos en medicina social y a estudios sobre DSS.

Quedan muchos más “epidemiólogos sociales” latinoamericanos y proyectos en el tintero (de las fecundas escuelas de Salud Pública de La Habana, Medellín, etc., los salubristas y médicos sociales argentinos...). Las dictaduras militares de los años setenta quebraron su producción, bien mediante su eliminación física o su exilio. Muchos siguieron con su labor formando nuevas generaciones de salubristas en los lugares de su exilio. También en España. Recordemos de igual modo las promociones de salubristas españoles formados en el Máster de Salud Pública de La Habana en los años ochenta. Todos ellos nos han proporcionado una sólida herencia para desarrollar la Epidemiología social desde nuestras culturas y realidades latinoamericanas y españolas, sin complejos frente al mundo anglosajón.

4.4. El estudio Whitehall

¿Quién tiene más riesgo de morir por infarto de miocardio: el estresado director general, cargado de responsabilidades, o el modesto y ocioso conserje del ministerio? ¿Se reducen las DSS a una cuestión de pobreza? ¿El gradiente social de salud se da también dentro de las clases medias, e incluso dentro de las clases altas?

El primer estudio de Whitehall

Tanto el informe Black como el de “La salud divide” (Health divide), que veremos más adelante, utilizaron los resultados del estudio de Whitehall. Este gigantesco trabajo de investigación consistió en el seguimiento durante más de 10 años (1967-1982) del estado de salud de 17.500 funcionarios del estado (varones entre 20 y 64 años) del complejo administrativo de Whitehall en Londres.

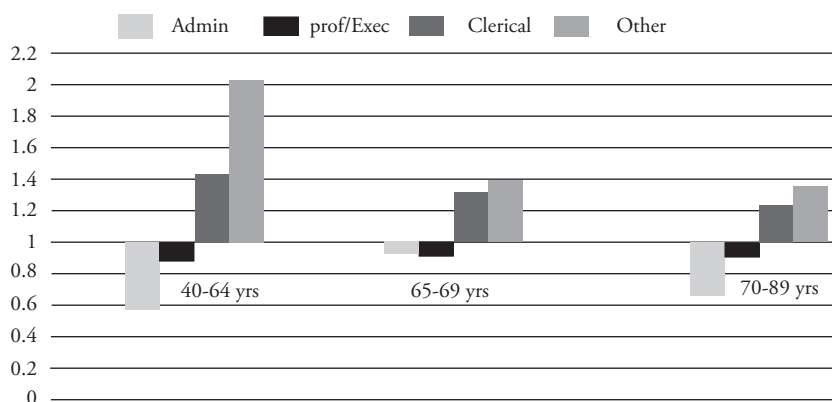
Se comprobó que las tasas de mortalidad (especialmente por enfermedades cardiovasculares coronarias, como el infarto agudo de miocardio) eran mayores en los niveles inferiores de la escala jerárquica en comparación con los niveles ejecutivos cercanos al nivel político.

El estudio Whitehall, como otros estudios longitudinales (=medición del estado de salud de un grupo de población a lo largo de un periodo de tiempo) que luego mencionaremos, mostraran, sin los sesgos propios de los estudios transversales (=medición del estado de salud en un momento determinado), que tanto para las enfermedades coronarias, como para todas las causas de muerte, excepto las debidas a enfermedades genitourinarias, hay un gradiente entre las diferentes clases ocupacionales.

El riesgo de morir va incrementándose a medida que se desciende en la escala de:

1. Gestores o administradores
2. Profesionales o ejecutivos
3. Empleados
4. Otros (=mensajeros, conserjes, celadores).

FIGURA 7.
Tasa de mortalidad y grado en el empleo a lo largo de 25 años
(Hombres)



La figura muestra el riesgo de mortalidad en cada grado respecto a la media de toda la población de funcionarios. Los administradores tienen una mortalidad aproximada de la mitad de la media entre los 40-64 años, mientras que el personal de apoyo encuadrado en el grado "otros" ("others"=celadores, mensajeros) tiene una mortalidad doble que la media. Hay una diferencia de riesgo de morir del cuádruple entre los niveles más bajos y más altos del funcionariado. Las diferencias parecen mantenerse después de la edad de jubilación (grupos de 65-69 años y 70-89 años), aunque en menor magnitud.

Fuente: Marmot, M.G. and Shipley, M.J. Do socioeconomic differences in health persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. BMJ, 1996; 313: 1177-80.

El estudio también mostró que los funcionarios de las escalas inferiores tenían claramente una mayor propensión a tener factores de riesgo para la salud, como la obesidad, el tabaquismo, menor tiempo de ocio, menos actividades físicas,

más enfermedades de base, mayor tensión arterial, e, incluso, tener una altura menor (vamos, que eran más bajos). La diferencia en el riesgo de morir se mantiene con el tiempo y lo que fue más sorprendente:... ¡persiste aunque se ajuste por los factores de riesgo antes mencionados! como la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar, niveles altos de tensión arterial, glucemia o colesterol. Una vez ajustado por estos factores (=se excluye su influencia), el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares es 2,1 veces mayor en los estratos bajos frente a los directivos. Es decir, la diferencia no podía justificarse solo por malos hábitos de salud individuales (pues estos factores de riesgo individuales no explicaban más del 40 por ciento de la diferencia en la mortalidad).

El estudio también fue un intento de evitar algunos de los problemas del uso de la clase ocupacional como aproximador a la clase social. Por ejemplo, el problema de la heterogeneidad de ocupaciones dentro de cada clase podía dar lugar a diferentes interpretaciones de los resultados. El estudio de Whitehall se concentraba en un sector productivo (el de la administración pública), donde hay una pequeña heterogeneidad dentro de los grados ocupacionales y una clara división social entre grados.

Desmontando dos mitos

De cierta manera, se desmontó el mito de que los altos ejecutivos de la administración, estresados y con la carga del peso propio de la responsabilidad inherente al puesto, estaban desgastando su salud, mientras que los “ociosos” conserjes y los simples administrativos con tareas rutinarias, estaban menos sometidos a ese desgaste. Evidentemente, lo que el estudio ponía en evidencia era el riesgo diferencial de morir por pertenecer a clases sociales diferentes. Los altos puestos de la administración eran fácilmente accesibles a las clases altas o medias altas, al igual que las escalas jerárquicas inferiores solían ser ocupadas por personas con menos niveles de estudios como consecuencia de su origen de clase más humilde.

Otro mito que intentó desmontar el estudio era el de que el gradiente de salud en las sociedades industrializadas se debía simplemente a la pobre salud de los menos favorecidos frente a la buena salud del resto de la sociedad. Al mostrar que había un gradiente de mortalidad entre los funcionarios británicos, ninguno de los cuales se encontraban entre los pobres en sentido absoluto (ni entre los más ricos de la sociedad), defendió la idea que el gradiente en salud atraviesa toda la sociedad desde lo más bajo a lo más alto (ya veremos el debate entre los que defienden que las DSS es un tema asociado a la pobreza y los que

defienden que las DSS están presentes incluso dentro de cada clase social. Es la teoría del gradiente social).

De nuevo, las conclusiones del estudio intentaron ser atacadas desde la idea de que no se podía extrapolar conclusiones para toda la población de un estudio que solo abarcaba a varones y de determinado estrato de edad. Además, solo se ocupaba de la mortalidad sin tener en cuenta otros indicadores de salud.

El estudio Whitehall II

Para dar respuesta a estas críticas, e investigar posibles factores intermedios que explicaran estas diferencias, se desarrolló otro estudio (Whitehall Study II), que consistió en el seguimiento de 10.300 funcionarios de Londres. En este caso abarcaba a ambos sexos entre 35 y 55 años, midiéndose la incidencia de ciertas enfermedades (morbilidad) y la presencia de ciertos hábitos nocivos para la salud (prevalencia de factores de riesgo). También se exploró la influencia de las condiciones de trabajo y el grado de apoyo social en la salud.

Se hizo mediante un cuestionario auto-administrado, complementado por un examen de salud, realizado entre 1985 y 1988. El estado de salud de los funcionarios reclutados entonces en el estudio ha sido seguido luego durante 20 años, obteniéndose datos (mediante nuevos cuestionarios y exámenes de salud) en 8 ocasiones, que han dado lugar a sendos análisis, informes y múltiples publicaciones. La novena “ola de datos” estaba previsto que se recogiera en octubre de 2007.

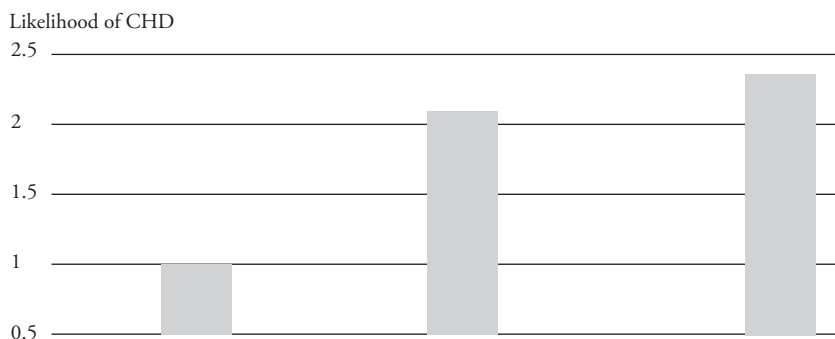
Del estudio se ha deducido que no han disminuido las DSS en las últimas décadas (desde el anterior estudio Whitehall). Hay una relación inversa entre el grado ocupacional del funcionario y el riesgo de:

- Sufrir una angina de pecho.
- Mostrar signos isquémicos (signo de falta de oxígeno en el músculo del corazón) en el electrocardiograma.
- Tener síntomas de bronquitis crónica.
- Percibir un mal estado de salud.

Las conductas relacionadas con el tabaco, la dieta y el ejercicio volvían a mostrar un gradiente social. La explicación de este gradiente social en la salud apuntaba a diferencias en circunstancias económicas, posibles efectos de condiciones de vida en edades tempranas (éstas podían explicar, por ejemplo, las diferencias en la altura), circunstancias laborales (como sufrir un trabajo mo-

nótono caracterizado por bajo control y baja satisfacción) y el grado de apoyo social (de las personas próximas).

FIGURA 8.
Grado de control del trabajo (autorreferido)
e incidencia de enfermedades cardíacas coronarias



La figura de arriba compara la incidencia de enfermedades cardíacas coronarias (ECC) en tres grupos de funcionarios del estudio Whitehall II: aquellos que refieren tener un alto control de su trabajo (Incidencia de ECC=1), un control intermedio y un bajo control. Los funcionarios con un control intermedio o bajo de su trabajo tienen más del doble de incidencia de ECC que sus compañeros que refieren tener un alto control.

Fuente: Bosma, H., Peter, R. Siegrist, J. and Marmot, M.G. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease American Journal of Public Health 1998; 88: 68-74

4.5. El informe Black

Como hemos dicho, el informe Black –The Black report–, aparecido en el Reino Unido en 1980, marcaría un antes y un después en el mundo de la epidemiología social. De una forma sencilla, pero con gran solidez científica, demostró que el riesgo de morir (antes de los 65 años) era mayor en las clases sociales menos favorecidas. El estudio, dirigido por el presidente del colegio de médicos, había sido encargado unos años antes por los laboristas pero fue recibido por la nueva primera ministra conservadora Margaret Thatcher. Tambalearía la autocomplacencia de la sociedad británica sobre la equidad de su sistema de salud y políticas públicas. Fue la primera vez que un frío estudio académico se convirtió en un “best-seller” distribuido por una editorial de libros de bolsillo (Penguin).

El contexto y la tarea

El informe fue encargado en 1977 por el Secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista. El grupo de investigación fue dirigido por

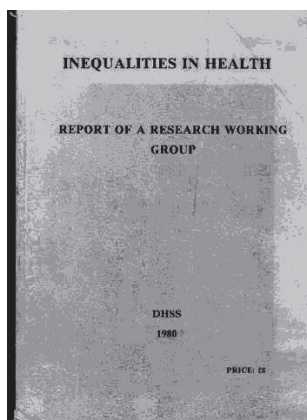
la persona que le dio el nombre Sir Douglas Black, presidente del Colegio de médicos británicos. Otros miembros del grupo fueron C. Smith (Consejo Investigación Ciencias Sociales), J. Morris y Peter Townsend (Universidad).

La tarea era analizar la evidencia nacional e internacional sobre DSS y recomendar políticas públicas al gobierno. Un informe que trascendería el ámbito académico o “científico”, un informe que no se quedaría en el cajón de algún funcionario o ministro, sino que tenía asegurada su aplicación en intervenciones políticas. Pero todo no puede ser tan bonito y tan fácil. ¿Dónde estaba el problema?

En abril de 1980 se entregó el informe, que llevaba el título de “Inequalities in health” (Desigualdades en salud), con 37 recomendaciones al nuevo Secretario de Estado de Servicios Sociales.... del nuevo gobierno conservador: Las recientemente celebradas elecciones habían sido ganadas por el partido conservador liderado por Margaret Thatcher, quien a partir de entonces, entre otras medidas, establecería que en vez de utilizar el término “desigualdades sociales en salud” en la administración pública, se debería hablar de “variaciones sociales en salud”. Cómo veis el componente valorativo de las DSS es importante y ésta Margaret ya establecía que una diferencia (o variación) en salud no tenía por qué ser injusta.



Foto de grupo en un seminario de DSS en 1999 en la London School of Hygiene & Tropical Medicine. Fila de atrás; de izquierda a derecha: Dra. Elizabeth Shore, Profesora Margaret Whitehead, Dr. David Player, Jill Turner (periodista). Fila de frente (sentados), de izquierda a derecha: Profesor John Fox, Professor Jerry Morris, Sir Douglas Black, Profesor Peter Townsend y Profesor Arthur Buller.



Portada del informe original del “Black Report”

Las conclusiones

¿Qué concluía el informe? Intentaremos resumirlo en un párrafo:

Después de revisar las evidencias y estudios disponibles y los análisis realizados ad hoc para el informe, se concluía que en el Reino Unido había unas diferencias marcadas en las tasas de mortalidad de las clases ocupacionales (un aproximador de clase social, que ya explicaremos), en ambos sexos y en todas las edades.

Si aplicáramos las tasas de mortalidad (el riesgo de morir) de la clase I (profesionales y sus familiares) a las clases IV- V (trabajadores semicualificados y no cualificados y sus familiares), entre 1972 y 1974 se hubiera salvado la vida a 74.000 personas menores de 65 años (incluyendo 10.000 niños).

Lo que más escocía a los británicos, era que el gradiente de clase era mayor que en otros países del entorno (¡incluida la tantas veces rival Francia!) y se había incrementado en las últimas décadas (Ver gráfico número 1 (1951-1971), página 55), a pesar de 40 años de vida del modélico Servicio Nacional de Salud (National Health Service-NHS).

¿Qué es lo que se había hecho mal? Según el grupo de trabajo gran parte del problema estaba fuera del alcance del NHS. Factores socioeconómicos como ingresos, paro, medioambiente, educación, vivienda, transporte y estilos de vida, que afectan a la salud, habían quedado fuera del ámbito de las políticas

de salud. Además las clases “manuales” (con ocupaciones manuales) estaban haciendo un menor uso del sistema de cuidados de salud.

Las recomendaciones

Reorientar el NHS (información, investigación, organización, prioridades) hacia la Prevención, la Atención Primaria de Salud (APS) y la Salud Comunitaria.

- Se proponen medidas que implicaban la mejora de las estadísticas sanitarias, incluyendo la introducción de la variable “clase ocupacional” en los registros sanitarios, reforzar la información sobre la salud escolar y los accidentes infantiles y realizar encuestas nacionales de alimentación.

- Se abogaba por una redistribución territorial de recursos sanitarios, incluyendo médicos generales (general practitioners: GP) y enfermeras comunitarias, atendiendo a las razones estandarizadas de mortalidad, es decir a las áreas con peores indicadores de salud y condiciones sociales. Un incremento de los recursos materno-infantiles, de atención domiciliaria, de atención a discapacitados y de salud escolar.

Como las mejoras de salud no dependían solo de la acción del sistema sanitario, se recomendaba mejorar las condiciones materiales de vida (mejora de ingresos, más servicios de guarderías, cuidados materno-infantiles, cuidados domésticos, mejora de las viviendas, de las condiciones de trabajo, etc.) de los grupos más pobres (especialmente se priorizaban tres grupos: niños, discapacitados y ancianos)

Además de las medidas de políticas públicas generales, se recomendaba una inversión adicional (estimada en 37 millones de libras esterlinas) en 10 áreas geográficas especiales (las que habían tenido los peores indicadores de salud), donde se pondría en marcha un programa especial de desarrollo socio-sanitario, cuyos resultados en términos de salud deberían ser monitorizados y evaluados (para lo que se presupuestaban otros 2 millones de libras).

Las reacciones

La gélida recepción del informe por el gobierno conservador se ilustra por el número de copias encargadas: 260 copias. Además, al contrario de lo habitual, no se divulgó ni con una simple nota de prensa ni mucho menos con una conferencia de prensa. Unas pocas copias fueron enviadas a periodistas seleccionados... ¡el viernes anterior a las vacaciones de agosto! Ante este panorama, el

grupo investigador decidió dar una conferencia de prensa por su cuenta. Pero al no permitírsele en los locales de la administración, fue celebrada en el colegio de médicos. Los periódicos recogieron el informe y revistas especializadas, como el British Medical Journal BMJ (revista del colegio de médicos) o The Lancet, reprocharon al gobierno su “frosty reception” (fría recepción) del informe. Paradójicamente, éste acabó publicado en una edición de bolsillo de la Editorial Penguin, convirtiéndose en un best-seller, algo inaudito no solo en un estudio académico de epidemiología, sino en un informe oficial de la administración.

Después de un silencio inicial, el gobierno se defendió diciendo que las propuestas no eran “realistas” y suponían sacar 2 billones de libras anuales en un momento de dificultades económicas. La segunda estrategia fue poner en duda las conclusiones del estudio, basándose en trabajos publicados posteriormente que cuestionaban la metodología y apuntaban a sesgos de medidas (en siguientes lecciones repasaremos los argumentos y contraargumentos manejados, en el que se basó un interesante debate metodológico).

La reacción desde el mundo laborista y sindical (los sindicatos publicaron resúmenes del informe para sus afiliados) fue de estupor, pues hasta entonces se asociaba las diferencias de salud a la pobreza y miseria, algo que no estaba presente en el RU. El hecho de que las diferencias en ocupaciones estuvieran determinando la mortalidad (el riesgo de morir)... ¡era “muy fuerte”! La novedad implícita en el informe era que el sistema político, basado en el estado de bienestar social (Welfare State) construido después de finalizar la segunda guerra mundial, estaba permitiendo dinámicas de desigualdades que se reflejaban en la salud. Habían mejorado las tasas de mortalidad de las clases altas, pero menos las de las clases bajas, con lo que la distancia entre ambas se había incrementado.

Como hemos mencionado antes, las comparaciones internacionales escocían. La tasa de mortalidad del Reino Unido había pasado de ser la 5ª mejor en 1960 a ser la 15ª en 1978 por detrás de Hong Kong y Singapur.

4.6. El Informe Acheson

En 1997, los laboristas vuelven al poder en el Reino Unido, después de casi 16 años de gobiernos conservadores presididos por Margaret Thatcher y John Mayor. Los reformadores laboristas, para poner en práctica el concepto de “joined up thinking” (algo así como “co-pensamiento” o “pensando juntos”), encargan al antiguo Director General de Salud (“Chief Medical Officer”), Sir Donald Acheson, poner en marcha, 20 años después del informe Black, “un

estudio independiente para identificar las áreas prioritarias de desarrollos políticos futuros, que basándose en evidencias científicas y de expertos, pueda ofrecer oportunidades al gobierno para desarrollar intervenciones beneficiosas, coste-efectivas y asumibles para reducir las desigualdades sociales en salud”. El informe, que recibió el nombre de Independent Inquiry into Inequalities in Health, fue publicado a finales de noviembre de 1998 y ha sido la base sobre la que se ha desarrollado la estrategia inglesa para reducir las DSS, 1998-2010.



Sir Donald Acheson

El encargo

1. Revisión de las más recientes evidencias sobre las DSS y de esperanza de vida en Inglaterra, identificando tendencias, a partir de datos de la oficina nacional de estadística, del departamento de salud y otras fuentes.
2. Conducir, a la luz de las evidencias y dentro del amplio marco de la estrategia financiera general del gobierno, un estudio independiente para identificar áreas prioritarias para desarrollos políticos futuros.
3. Informar al Secretario de Estado de Salud. El informe sería publicado y sus conclusiones contribuirían al desarrollo de nuevas estrategias de salud.

Resultados del informe (66):

1. Indicadores de salud:

- a. Si bien en general las tasas de mortalidad siguen descendiendo y la esperanza de vida continúa aumentando (aunque no la esperanza de vida saludable), estas tendencias son más evidentes en las clases altas, por lo que han aumentado las desigualdades relativas entre clases.
- b. La mortalidad prematura por las principales causas es mayor en clases bajas y mayor entre hombres que entre mujeres.

- c. La mortalidad infantil está descendiendo, pero no se ha reducido la diferencia entre clases.
- d. Sigue evidenciándose una diferencia importante en la prevalencia de enfermedades crónicas (autorreferidas) entre clases sociales, en ambos sexos y en la mayoría de los grupos de edad.
- e. La obesidad está aumentando, alcanzando un mayor gradiente social en mujeres que en hombres. En la prevalencia de hipertensión arterial, solo se evidencia gradiente social en mujeres. En cuanto a accidentes graves, la diferencia de clase es variable en algunos sexos y grupos de edad. Tienen más accidentes graves chicos jóvenes y mujeres mayores. Se encuentra mayor prevalencia de neurosis en mujeres de clase baja. Hay mayor dependencia alcohólica y drogadicción en hombres de clase baja que en los de clase alta.

2. Distribución de ingresos:

- a. El ingreso medio ha aumentado, pero mucho más en los hogares situados en los percentiles altos que en los bajos. La proporción de hogares con ingresos por debajo de la media se ha duplicado (hasta 1991, descendiendo algo después).

3. Desempleo:

- b. Ha aumentado y difiere según clase social. El desempleo juvenil va en aumento. Hay diferencias por grupos étnicos y género.

4. Vivienda:

- c. Han aumentado los hogares, cambiando el régimen de propiedad. Hay mayor porcentaje de hogares unipersonales.

5. Seguridad pública:

- d. Se ha multiplicado por tres la tasa de crímenes en los últimos 25 años, habiendo diferencias por tipo de áreas.

6. Transporte:

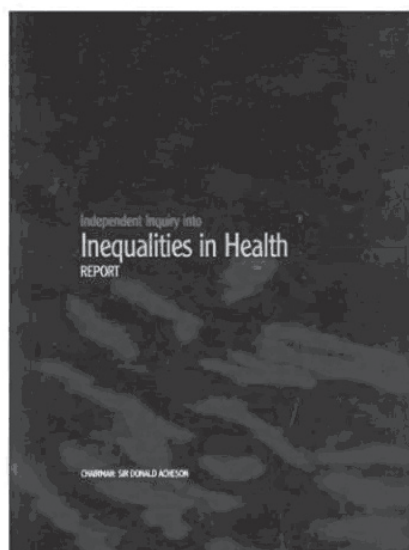
- a. Ha aumentado la propiedad de vehículos (en 24 años), ligada a la actividad económica y la propiedad de la vivienda. El desplazamiento al trabajo determina las diferencias urbano-rurales.

7. Hábitos de salud:

- a. El tabaquismo ha descendido, pero el consumo de alcohol no ha variado (en los últimos 20 años). Las clases bajas fuman más que los profesionales. Las mujeres de clase alta beben más que las de clase baja. Los hombres de clase baja hacen más ejercicio (en el trabajo). Las chicas fuman más que los chicos, pero entre éstos hay una mayor prevalencia de bebedores de alto riesgo. Las clases bajas toman menos frutas, vegetales, vitaminas y minerales. Aunque las clases bajas practican menos la lactancia materna, se están reduciendo las diferencias.

8. Acceso a servicios de salud:

- a. Atención Primaria: las variaciones están relacionadas con diferencias en la oferta y demanda. Las comunidades que necesitarían más servicios preventivos, carecen de ellos.
- b. Atención Secundaria: los servicios propuestos no siempre se corresponden con las necesidades.
- c. Servicios de Salud Mental: la utilización de servicios está asociada a la deprivación socio-económica. Hay patrones específicos en varones de origen africano-caribeño y en población asiática. Mayor presión en servicios en el interior de las ciudades.



Portada del informe Acheson

Las 39 Recomendaciones del informe

El informe propone 39 recomendaciones principales, de las que tres son de máxima prioridad (67):

1. Como parte de la evaluación del impacto sobre la salud, todas las políticas que puedan tener un impacto en la salud, deben ser evaluadas en sentido de su impacto en las desigualdades sociales en salud, y formuladas de tal forma que favoreciendo más a los menos pudientes puedan en lo posible reducir tales desigualdades.
2. Se da una alta prioridad a políticas encaminadas a aumentar la salud y reducir las desigualdades en mujeres en edad de procrear, embarazadas y niños pequeños.
3. Políticas que puedan reducir las desigualdades en ingresos y mejorar las condiciones de vida de los hogares receptores de beneficios de protección social.

No hay otra priorización en el resto de recomendaciones que van desde algunas con un carácter muy general a otras muy específicas, relacionadas con:

Cinco áreas de políticas públicas:

- a) Educación
- b) Empleo
- c) Vivienda y medio ambiente
- d) Movilidad, transporte y contaminación
- e) Nutrición y la política agraria común

Cinco grupos o dimensiones de población:

- a) Madres, niños y familias
- b) Jóvenes y adultos en edad laboral
- c) Personas mayores
- d) Etnicidad y
- e) Género

Principios y prácticas que deben regir el Servicio Nacional

- a) Equidad en el acceso
- b) Mayor equidad en la distribución de recursos
- c) Equidad en el perfil de población servida y auditorías de seguimiento de objetivos de equidad

4.7. La aplicación del informe Acheson: La Estrategia para reducir las DSS en el Reino Unido (1999-2010)

Cómo hemos ido viendo, hay muchos estudios que dan cuenta de las diferencias en el estado de salud entre clases sociales, grupos humanos y áreas geográficas con diferente nivel socioeconómico. Pero son muy escasas las experiencias que han intentado desde la política reducir de una forma documentada estas desigualdades y someter su acierto a una evaluación independiente. Una de ellas, y de las más ambiciosas, ha sido la experiencia británica (que se inició en Inglaterra y Gales), desarrollada en los últimos diez años por los gobiernos laboristas de Tony Blair (y después por Gordon Brown) y apoyada por el prestigioso profesor Sir Michael Marmot.



Sir Michael Marmot.

Evaluación transparente e independiente de las políticas públicas

Su mérito no solo reside en haber puesto la lucha contra las DSS en la agenda política, sino en hacerlo con unas políticas claramente definidas y, sobre todo, con un instrumento de evaluación de estas políticas en términos de indicadores de salud (por ejemplo, reducir en un 10 por ciento la diferencia en mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer), que difícilmente admite maquillajes y que sin embargo, deja un legado científico-técnico valiosísimo para otras experiencias futuras y en otros territorios.

No es raro que un político declare que quiere mejorar la salud o la educación de los menos favorecidos, pero sí lo es que traduzca su intención en metas cuantificables y permita que estas metas sean vigiladas por una comisión independiente.

Pensemos: ¿Por qué hemos dejado la evaluación del cumplimiento de los programas electorales por algo imposible? Tenemos muchos ejemplos en nuestro entorno en que se anuncian planes que ya sabemos que se van a quedar en promesas vacías contenidas en documentos lujosamente editados, donde no hay un compromiso de evaluación. En otras ocasiones una apuesta aparentemente cuantificable (por ejemplo, reducir las listas de espera) se queda en aguas de borrajas, al retorcer y modificar los indicadores de evaluación previamente consensuados (para que no se refleje claramente la falta de avance respecto a la línea base) y dejar la monitorización de estos indicadores en manos de los mismos que están interesados en que el resultado nunca sea negativo. Opacidad y falta de independencia para evaluar las promesas políticas son las claves de un problema que quita valor a nuestras democracias.

El recorrido y sus jalones

A continuación mencionaremos los principales documentos disponibles sobre la experiencia y el análisis de sus aciertos y fracasos. Los jalones de este recorrido son:

- 1998: El Informe Acheson. Como ya mencionamos, fue una comisión independiente para el estudio de las DSS y la propuesta de intervenciones, siguiendo la tradición que inició el informe Black en 1980, del que ya hablamos aquí. Hizo 39 recomendaciones (36 afectaban a todo el espectro de políticas públicas que tenían un impacto sobre las desigualdades en salud y solo tres estaban dirigidas a los servicios de salud)
- 1999: Libro blanco “Saving Lives our Healthier Nation” (algo así, como “Salvando vidas en nuestra nación más saludable”). Define la estrategia nacional de salud pública. Se asignan recursos extras al fondo de investigación “Health of the Public”, siendo las DSS una prioridad. Como respuesta al informe Acheson el gobierno publica su estrategia en el documento “Reducing Health Inequalities: An Agenda for Action.”
- 2000: Se publica el Plan del NHS (Servicio Nacional de Salud). Es un plan a 10 años que incluye la reducción de las DSS como una responsabilidad obligatoria del NHS en sus diferentes niveles (local, regional, nacional).

Desde mediados de los años setenta, el NHS incluía entre sus objetivos la asignación equitativa de sus recursos en función de las necesidades de atención sanitaria en los diferentes territorios. Sin embargo, el plan daba un paso más, incorporando ahora como objetivo la asignación de

recursos para contribuir a disminuir las desigualdades en indicadores de salud (68). Ese mismo año se anuncian las metas nacionales de reducción de las DSS (National Health Inequalities Targets) que incluye la creación de un comité parlamentario de Salud Pública (Parliamentary Select Committee on Public Health). Se va concluyendo que las dos metas nacionales principales para 2010 serán reducir la brecha de mortalidad infantil entre grupos sociales e incrementar la esperanza de vida en las áreas más desaventajadas de forma más rápida que en el resto.

- 2002: “Cross-Cutting Review on Tackling Health Inequalities”. Fue una revisión intersectorial sobre las políticas de lucha contra las DSS desarrolladas o ausentes en 18 agencias y departamentos de la administración, conducida por el departamento del Tesoro.
- 2003: “Tackling health inequalities, a Programme for Action”. Fruto de la anterior revisión se definieron 82 compromisos de los departamentos gubernamentales que tenían el objetivo de reducir las DSS. Las metas fueron definidas en términos de reducción de la mortalidad infantil y la esperanza de vida. Un punto crucial fue el compromiso de monitorizar las desigualdades y unos factores considerados determinantes claves, por parte de un grupo científico de referencia (Scientific Reference Group on Health Inequalities).
- 2004: este programa específico fue complementado con un nuevo libro blanco de Salud Pública, llamado “Choosing health - making healthier choices easier” (Elegiendo salud - haciendo más fáciles opciones saludables) (10). Se centraba en la promoción de la salud sobre la población general, incorporando sin embargo algunas intervenciones específicas sobre las DSS. Tal como sugiere el título, en comparación con los documentos anteriores, se incrementaba el énfasis en los factores individuales de estilos de vida y se daba menos importancia a los factores estructurales. Para algunos autores, como David Hunter (69), marcan el viraje de 2004 de las políticas de Blair hacia posiciones más posibilistas y menos ambiciosas.
- 2005: Coincidiendo con la presidencia de turno británico de la Unión Europea, el gobierno difunde una primera evaluación del programa: “2005 Status Report on the Programme for action”.
- 2007: Segunda evaluación intermedia “2007 Status Report on the Programme for action”. Comparando los datos estadísticos de 2004-2006 respecto a la línea base 1997-99, se evalúa el progreso realizado por el

programa de acción, llegando a la conclusión de que si bien algunas desigualdades absolutas han disminuido, las desigualdades relativas no se han modificado, e incluso se han profundizado. Como veremos, según algunos ha pasado muy poco tiempo para valorar el impacto de las intervenciones, y según otros es una llamada de atención de que no se está impactando sobre las causas profundas que determinan las desigualdades (70).

- 2010: Antes de disponer de la evaluación final del programa y recién salido el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, el gobierno laborista, que además ve improbable renovar un nuevo mandato legislativo, encarga a su coordinador Michael Marmot un nuevo informe que recomiende las estrategias de reducción de las DSS que debe seguir Inglaterra en el periodo posterior a 2010 (¿un nuevo informe Black dejado “en herencia” a los conservadores?). El informe se titula “Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010”(71) La traducción podría ser “Sociedad justa, vidas saludables. El informe Marmot. Informe estratégico sobre desigualdades en salud en Inglaterra post-2010”. 2010 es la fecha para evaluar la consecución de las metas en términos de indicadores de salud (mortalidad infantil y esperanza de vida). Todo ello, con un escenario político en el que en el momento de finalizar el manuscrito de este libro el partido conservador ha ganado las últimas elecciones parlamentarias y ha formado gobierno con el partido liberal-demócrata. Por lo tanto, las políticas de lucha contra las desigualdades probablemente tomen “un nuevo rumbo”.

“Tackling health inequalities, a Programme for Action” (2003).

El programa cree que las experiencias han enfatizado la importancia de integrar las DSS en la cultura (Mainstream) de la provisión de servicios, enfocando especialmente las áreas y grupos desaventajados. Sin embargo, considera que las acciones no deben limitarse a los más desaventajados y socialmente excluidos. Para reducir las DSS y alcanzar las metas (reducción de la brecha social en la mortalidad infantil y la esperanza de vida), se debe mejorar la salud del 30-40 por ciento más pobre de la población total, que soporta la mayor carga de enfermedad. No se excluye la atención sobre el resto de la población, pero se aboga por mejorar “más rápidamente” la salud de este sector menos favorecido.

Apuesta por un modelo de intervenciones descentralizadas (a nivel local), basado en proyectos de trabajo en alianza (partnership) entre profesionales de primera línea, voluntarios, sectores de las comunidades y los negocios, así como usuarios de servicios.

Considera que las intervenciones claves para reducir la brecha en la esperanza de vida serían:

- La reducción del tabaquismo en los grupos sociales manuales.
- La prevención de otro tipo de riesgos para la enfermedades isquémicas cardíacas y el cáncer, tal como dieta inadecuada, inactividad física e hipertensión, a través de intervenciones eficaces de Atención primaria y Salud Pública, especialmente dirigidas a los mayores de 50 años.
- Mejorar la calidad de la vivienda, especialmente abordando el frío y la humedad y reduciendo los accidentes domésticos y de tráfico.
Por otra parte, las intervenciones clave a corto plazo para reducir la brecha en mortalidad infantil serían:
- Mejorar la calidad y la accesibilidad a los cuidados prenatales y de apoyo durante los primeros años de vida en áreas desaventajadas.
- La reducción del tabaquismo y mejorar la nutrición en el embarazo y primeros años de vida.
- Prevenir el embarazo en adolescentes y apoyar a los padres adolescentes.
- Mejorar las condiciones de habitabilidad para niños en zonas desaventajadas.

El programa está organizado alrededor de cuatro “temas” que reflejan este análisis, cada uno de los cuales tiene varias acciones de apoyo.

Tema 1: Apoyo a familias, madres y niños

- Programas de Sure Start (inicio seguro) para apoyar el desarrollo de niños en áreas desaventajadas.
- Intensificar el apoyo a embarazadas y madres para dejar de fumar y promocionar la lactancia materna.
- Programas para prevenir el embarazo en adolescentes y apoyar a los padres adolescentes.
- Programa Children’s Fund (Fondo Infantil) dirigido a niños entre 5 y 13 años y sus familias para promocionar logros educativos en áreas desaventajadas y prevenir la conducta criminal.
- Mejorar las condiciones de habitabilidad para niños en zonas desaventajadas.

Tema 2: Reforzar las comunidades desaventajadas a través de

- Crear fondos de renovación de vecindarios (Neighbourhood Renewal Fund) para apoyar servicios esenciales en vecindarios desaventajados.
- Probar nuevos abordajes de renovación de vecindarios a través de programas de 10 años de New Deal for Communities en las 39 comunidades más desaventajadas.
- Poner en marcha proyectos de “Positive Futures” (futuros positivos) para jóvenes con problemas de adicciones a las drogas.

Tema 3: Prevenir enfermedades y proveer tratamientos y cuidados eficaces

- Desarrollar más servicios de prevención y cesación de tabaquismo para grupos de bajos ingresos.
- Mejorar la nutrición en áreas desaventajadas a través del Nacional School Fruit Scheme (asegurar el consumo de fruta en la escuela).
- Reducir las lesiones y muertes accidentales a través de la provisión de equipo de seguridad (ejemplo, detectores de humo) a los grupos vulnerables.
- Mejorar las instalaciones de atención primaria en áreas desaventajadas y de los Healthy Living Centres.

Tema 4: Abordar “los determinante subyacentes” de la salud a través de

- Reducir la pobreza infantil, incrementando los ingresos de las familias con niños, a través del sistema de impuestos y beneficios.
- Mejorar la vivienda y la seguridad en los entornos locales a través de programas municipales de regeneración y construcción
- Mejorar el transporte en áreas deprimidas para facilitar el acceso al trabajo, las escuelas y los servicios de salud.
- Mejorar el acceso a empleos y salarios a través del programa New Deal programme, National Minimum Wage (salario mínimo nacional).

Se definieron 82 compromisos de los departamentos gubernamentales. Un punto crucial fue el compromiso de monitorizar las desigualdades y los factores considerados determinantes claves, por parte de un grupo científico de referencia (Scientific Reference Group on Health Inequalities).

“Status Report on the programme for action” (2007)

Comparando los datos estadísticos de 2004-2006 respecto a la línea base 1997-99, se evalúa el progreso realizado por el programa de acción, llegando a la

conclusión de que si bien algunas desigualdades absolutas han disminuido, las desigualdades relativas no se han modificado, e incluso se han profundizado. Se ha aumentado 2 por ciento en hombres y 11 por ciento en mujeres la distancia en esperanza de vida entre el quintil peor y la media de Inglaterra. En 2004-2006 se había reducido ligeramente la brecha en la mortalidad infantil (5,6 muertes por 1000 nacidos en el grupo de trabajadores manuales frente a 4,8 muertes por 1000 nacidos en la población general) respecto al año 2003-2005, pero era mayor que la del periodo basal de 1997-1999 (17% frente a 13%).

Sin embargo, se observan importantes progresos en los indicadores de intervención intergubernamentales: reducción de la pobreza infantil (se había reducido la proporción de niños que viven en hogares de bajos ingresos), disminución de las desigualdades en calidad de las viviendas, rendimiento escolar (la brecha de la proporción de alumnos que alcanzaban altas calificaciones entre el grupo de los subsidiarios de becas de comedor y el alumnado en general parecía disminuir) y cobertura vacunal de la gripe. Por problemas de salud, se observa una reducción de la desigualdad absoluta, pero no de la desigualdad relativa en mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y en accidentes de tráfico, además en la incidencia de embarazo en adolescentes (hubo una disminución del 13,3 por ciento en la tasa de embarazos en menores de 18 años); otras áreas como tabaquismo, mostraban una disminución general de la prevalencia, sin estrecharse la diferencia entre grupos sociales.

Varios autores analizaron estos resultados y algunos previos. Mary Shaw y George Davey Smith ya habían manifestado en un artículo previo en 2005 sus críticas al programa. Estas no solo eran de orden metodológico: se criticaba el que se comparan el 10 por ciento peor con la media, en vez del 10 por ciento peor con el 10 por ciento mejor; se criticaba que no se tuviera en cuenta todo el gradiente de la desigualdad, para lo que era mejor usar indicadores más sofisticados como el índice de desigualdad de la pendiente (Slope index of inequality), que vimos en la sección de metodología; se mencionaban las limitaciones de usar la esperanza de vida, etc. (72).

Pero la mayor crítica se refería a que el programa no estaba consiguiendo frenar un aumento en las desigualdades relativas en la salud y en la desigualdad en la distribución del ingreso y la renta. Y que ello era debido, según los autores, a que el gobierno de Blair solo estaba abordando los factores “de corriente abajo” y no tocando los de “corriente arriba”, mediante un necesario cambio en la distribución de impuestos y beneficios. El mejorar algo las condiciones

de vida de los más pobres no es suficiente para reducir las DSS. Es necesario profundizar en las políticas redistributivas.

Otras voces como Mackenbach o el propio Marmot decían que tal vez era muy pronto para sacar conclusiones y había que esperar a 2010. Sin embargo, recordaban que desde el programa no se intervenía sobre los factores psicosociales, ni sobre los determinantes de la salud laboral y ambiental. “Las causas de las causas” no se estaban tocando. Así podía ocurrir que las personas que dejan de fumar empezasen con otras conductas que también son de riesgo frente a las cardiovasculares.

Además, advertían que no estaba probado que la disminución en el tabaquismo afecte a las DSS en la esperanza de vida. Había un problema con la evaluación.

Si disminuían las cardiovasculares en las clases bajas, pero también en las altas, no había posibilidad de evaluar el éxito del proyecto, a menos que se tuviera un grupo control.

Muchos, como Mackenbach, advertían que el programa había sido muy ambicioso en las metas en relación con las intervenciones. En los programas de DSS podían plantearse tres tipos de metas:

1. Disminuir las desigualdades absolutas.
2. Disminuir las desigualdades relativas.
3. Disminuir los problemas de salud en los grupos socio-económicamente bajos.

El programa había elegido la segunda opción, disminuir las desigualdades relativas (expresado con metas como “disminuir un 10 por ciento la diferencia entre el quintil con peor esperanza de vida y la población general”) y debía haber optado por lo más factible: la tercera opción. Si ya se sabía que las desigualdades relativas estaban aumentando en los países europeos, incluso en aquellos con políticas más redistributivas, ¿Por qué ponerse la sogla eligiendo la segunda opción como meta?

El Informe Marmot: “Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010”

La traducción podría ser “Sociedad justa, vidas saludables. El informe Marmot. Informe estratégico sobre desigualdades en salud en Inglaterra post-2010”. Antes de disponer de la evaluación final del programa “Tackling Heal-

th inequalities” y recién salido el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, el gobierno laborista, que además ve improbable renovar un nuevo mandato legislativo, encarga a su coordinador Michael Marmot un nuevo informe, que recomiende las estrategias de reducción de las DSS que debe seguir Inglaterra en el periodo posterior a 2010 (¿un nuevo informe Black dejado “en herencia” a los conservadores?) (73)

Los mensajes claves del informe son:

1. Reducir las DSS es una cuestión de equidad y justicia social. En Inglaterra, la multitud de personas que están muriendo prematuramente cada año como resultado de las desigualdades en salud habrían disfrutado en total, entre 1.3 y 2,5 millones de años de vida extras.
2. Hay un gradiente social en la salud (cuanto más baja es la posición social, peor es su salud). Las acciones deben centrarse en reducir este gradiente.
3. Las desigualdades en salud tienen su origen en las desigualdades sociales. Las acciones sobre las desigualdades en salud requieren de intervenciones sobre todos los determinantes de salud.
4. Centrándose sólo en los grupos más desaventajados no se reduce suficientemente las desigualdades en salud. Para reducir la progresividad en el gradiente social de la salud, las acciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que es proporcional al nivel de desventaja. Lo llamamos universalismo proporcional.
5. Las intervenciones para reducir las DSS beneficiarán a la sociedad de muchas formas. Habrá beneficios económicos al reducir las pérdidas por enfermedades asociadas a las DSS. En la actualidad esto supone pérdidas de productividad, menores ingresos fiscales, mayores costes sociales y de tratamientos.
6. El crecimiento económico no es la medida más importante de nuestro éxito como país. La distribución justa de la salud, el bienestar y la sostenibilidad son importantes metas sociales. El abordaje de las DSS y del cambio climático tienen que ir de la mano.
7. Reducir las DSS supone intervenir con seis objetivos de políticas públicas:
 - Dar a todos los niños el mejor inicio posible en la vida.
 - Permitir a niños, jóvenes y adultos maximizar sus capacidades y tener control sobre sus vidas.

- Crear empleos justos y buen trabajo para todos.
 - Asegurar unas condiciones saludables de vida para todos.
 - Crear y desarrollar entornos y comunidades saludables y sostenibles.
 - Reforzar el papel y el impacto de la prevención de enfermedades.
8. Desarrollar estos objetivos requerirá acciones del gobierno central y local, el NHS, el tercer sector, el sector privado y los grupos comunitarios. Las políticas nacionales no funcionarán sin eficaces sistemas locales de provisión de servicios enfocados a la equidad en salud en todas las políticas.
9. Eficaces sistemas locales de provisión de servicios requieren una toma de decisiones participativa a nivel local. Esto solo es posible empoderando a los individuos y a las comunidades locales.

La renovación de los peores vecindarios (las zonas de acción especial)

Cuando llega al poder “el nuevo laborismo” (New Labour), existe una creciente preocupación por los llamados “peores vecindarios”, donde se concentraban la pobreza y el desempleo, con los problemas sociales asociados de alta criminalidad, desórdenes sociales, vandalismo, servicios (educativos, sanitarios, sociales y comerciales) empobrecidos y disfuncionales, viviendas vacías y declive ambiental. En 1998, se forma la Unidad de Exclusión Social (SEU_Social Exclusion Unit), que en un informe (Bringing Britain together) identifica 3.000 vecindarios con las características antes descritas. En 2000 se aprueba la estrategia para promocionar la renovación de estos barrios (National Strategy for Neighbourhood Renewal). El ambicioso objetivo, y bandera del nuevo laborismo, decía que “en 10-20 años nadie debe estar claramente en desventaja por el lugar donde vive”. Basado en esta estrategia se desarrollan varios programas educativos, sanitarios, presupuestarios, de protección a la infancia, de promoción de empleo y de urbanismo basados en áreas de acción especial: Single Regeneration Budget, Education Action Zones, Health Action Zones, New Deal for Communities, Sure Start, Excellence in cities, Employment zones, etc. (74).

En los años siguientes surge una multitud de iniciativas de desarrollo comunitario para reducir el paro y el crimen, mejorar las capacidades, la salud, la vivienda y el medio ambiente y disminuir las divisiones sociales. Se basan en conceptos como exclusión, multiculturalismo, capital social y comunidad,

dentro de la idea central de cohesión social, como principio general para mejorar la calidad de vida de estos vecindarios. Aunque no disponemos todavía de una evaluación global de la experiencia (en estos momentos es una incógnita el impacto que tendrá el cambio de gobierno sobre estas iniciativas), hay evaluaciones y análisis particulares. En general, sin menoscabar la oportunidad que ha supuesto este marco político, desde las posiciones del desarrollo comunitario más radical, se critica que la renovación vecinal no puede alcanzarse solo con acciones sobre vecindarios concretos, sin tocar las políticas y determinantes económicos responsables del empobrecimiento (75). Factores que han impedido la eficacia de las intervenciones son: financiación insuficiente, intervenciones que no tienen en cuenta relaciones de poder asimétricas en la acción intersectorial (partnerships) y falta de participación real (definición de prioridades y necesidades desde arriba).

Los centros de vida saludables (Healthy living centres)

Los centros de vida saludables, que es como podríamos traducir a los Healthy Living Centres (HLC), fueron la forma como se concertó las acciones de reducción de las DSS en las zonas de acción especial (Health Action Zones), identificadas como las de mayores necesidades sociales y de salud. Han sido proyectos de colaboración entre la administración del NHS, las comunidades locales, el voluntariado y el sector privado, no todos los HLC tenían una sede física: algunos operaban como redes de actividades o estaban enfocados a un programa específico. Algunos formaban parte de la red de centros públicos de salud, mientras que otros eran gestionados por voluntarios o sociedades caritativas. Todos eran animados a funcionar en red e intercambiar experiencias y buenas prácticas. Algunos trataban de cubrir una necesidad específica local (ejemplo, servicios de salud mental), mientras que otros promocionaban la buena salud en un sentido amplio, a través de la información, el ejercicio físico o la educación. El programa se inició en 1999, financiado por la lotería nacional (The Big Lottery Fund, que antes se llamaba The New Opportunities Fund). Más de 280 millones de libras se distribuyeron entre 352 HLC de todo el Reino Unido a lo largo de 5 años. A finales de diciembre de 2007, 166 HLC habían mantenido esta asignación financiera del fondo de la lotería.

En enero de 2007 se hizo una evaluación independiente (por el Bridge Consortium) de esta experiencia, que valoró especialmente los esfuerzos en innovación y flexibilidad para llegar a grupos sociales difícilmente accesibles desde los servicios socio-sanitarios convencionales. La búsqueda de alianzas entre los sectores formales e informales locales, y el intento de aumentar la capacidad

de las comunidades locales para enfrentarse a sus problemas sociales y de salud y, habrían sido otros aspectos destacados (76).

Según algunos autores como David Hunter, hay que situar los beneficios y dificultades de la experiencia en el contexto de los cambios institucionales que sufrió el NHS y el propio programa de los HLC (se descentralizó su gestión en las regiones), las dificultades de sostenibilidad de los proyectos (tanto por la necesidad de constantes búsquedas de financiación más allá del corto plazo, como por la inestabilidad de los socios de los HLC, tanto el voluntariado como los cambios de la administración pública de salud) y finalmente, por un cambio de prioridades establecidas por el propio gobierno Blair, que incorporó criterios neoliberales y enfoques más individualistas a partir de 2003 (77).

Los HLC habrían tenido éxito en forjar empresas sociales, pero la falta de un soporte financiero externo, sostenido en el tiempo, y de una transferencia de poder real a las comunidades habrían dificultado su continuidad y la evidencia de un impacto efectivo en el desarrollo comunitario y en la reducción de las DSS en estos barrios.

La evaluación de la experiencia 1999-2010 por Margaret Whitehead

La evaluación de la interesante experiencia inglesa de reducción de las DSS no esta terminada en el momento de redactar estas líneas. Sin embargo, ya hay algunas interesantes conclusiones y lecciones para aprender. Nos limitaremos a traducir y resumir algunas de las conclusiones que saca una voz muy autorizada y que conoce muy bien la experiencia, como Margaret Whitehead en el trabajo de “Health for all?”(78):

Durante los últimos diez años, Inglaterra se ha destacado por efectuar una actividad febril sobre DSS y la búsqueda de un compromiso político serio para abordarlas. Aunque se pueda considerar imperfecta, y que ya tenía un precedente en una orgullosa tradición previa de más de dos siglos de abogacía de salud pública sobre las DSS, el desarrollo de la última década ha supuesto un hito histórico por alcanzar un alto nivel de estructuración como estrategia nacional e intersectorial en las políticas públicas, como nunca se había visto antes.

Las lecciones aprendidas se pueden resumir en:

1. Los desarrollos demuestran que se pueden conseguir logros con la voluntad política, más allá del uso retórico de las DSS.
2. La experiencia demuestra que cuando la voluntad política se inclina

por la acción, los salubristas tienen que estar preparados para contribuir con soluciones. Los políticos demandan respuestas a sus preguntas sobre lo que puede hacerse con los problemas. Entonces, se hace patente la escasez de la evidencia sobre la eficacia de las políticas e intervenciones concretas. Esto supone la necesidad urgente de promocionar estudios de evaluación sobre intervenciones complejas de salud pública y de sintetizar la experiencia disponible.

3. La experiencia inglesa aporta un ejemplo de lo que pasa cuando se trata de implementar estrategias de amplio espectro. A lo largo de los ocho años ha habido un estrechamiento de los horizontes de la estrategia. El abordaje amplio sobre los determinantes sociales de la salud, por el que se abogaba en el informe Acheson de 1998, fue claramente reflejado en las primeras declaraciones ministeriales y en la primera estrategia de salud pública, *Saving Lives*, publicada en 1999. Sin embargo, cuando se realizó el informe del Tesoro (*Treasury Review*) en 2002 y se diseñó la consecuente estrategia en 2003, ya se vislumbraba una tendencia a enfocarse hacia proyectos específicos, diseñados para grupos socialmente desaventajados. Ello se debía, especialmente, a la naturaleza de la evidencia disponible en el informe del Tesoro. Son más fáciles de obtener evaluaciones a una escala relativamente pequeña de intervenciones individuales que evaluaciones de políticas sociales amplias. Cuando se edita la segunda estrategia de salud pública, *Choosing Health*, en 2004, el énfasis se ha estrechado todavía más hacia los factores ligados a los estilos de vida. De nuevo, es más fácil vislumbrar acciones sobre el tabaquismo y la actividad física, que sobre determinantes situados “corriente arriba”. Sin embargo, sería injusto despreciar esta estrategia tardía. Todas han progresado hacia un enfoque mayor de determinantes que en las décadas previas.
4. Ha sido notable el énfasis sobre la privación social, en detrimento del enfoque de gradiente social, ligado a las iniciativas que tenían su diana en áreas pequeñas especialmente necesitadas. Hay un problema particular de pobreza en Inglaterra que merece concentrar esfuerzos para resolverlo. Además, la pobreza se ha concentrado geográficamente en áreas pequeñas, lo que justifica dedicar recursos extraordinarios y esfuerzos para acercar estas áreas, identificadas como especialmente necesitadas, a la situación media del país. Sin embargo, existe el peligro de concentrarse muy intensamente en esta estrategia de área. Uno de los

problemas radica en que hay más gente pobre viviendo fuera que dentro de estas áreas, y por ello no se beneficiarían de la estrategia. También es deseable que se aborden las DSS presentes a lo largo de toda la escala social, lo que no se conseguirá poniendo exclusivamente el foco en los más necesitados.

5. Las metas basadas en la cuantificación de la mortalidad han resultado problemáticas. No es muy clara la forma en que fueron concebidas las metas cuantificadas de mortalidad infantil y esperanza de vida, pero se optó por indicadores relativos. La monitorización de estos a lo largo del tiempo ha llevado a problemas de interpretación. En términos relativos, las desigualdades de ciertos indicadores han aumentado, al mismo tiempo que las diferencias absolutas han disminuido. Esto ha llevado más allá de discusiones técnicas sobre las medidas más adecuadas, a interesantes debates conceptuales que se aprovecharán en esfuerzos futuros.
6. Por último, debemos destacar las fuerzas que han trabajado en contra de los esfuerzos para reducir las DSS. Algunas de ellas se han concentrado especialmente en los conflictos sobre los recursos. Cuando por ejemplo la rama asistencial (curativa) del NHS tiene dificultades financieras, los fondos disponibles son desviados a necesidades más inmediatas. Por ejemplo, disminuir las listas de espera quirúrgicas aparece como prioritario sobre metas a largo plazo “más imprecisas” (“más blandas”) dirigidas a la salud de la población. Tendencias neutralizadoras también han sido desarrolladas en otros sectores, tales como el empleo, el comercio y la agricultura, que operan en contra de los deseados cambios en los determinantes de salud. Se necesitará una estrategia de vigilancia continua para asegurar que la estrategia de DSS esté activa.

Sugerencias de investigación

A pesar de que hay una rica literatura sobre la naturaleza de las DSS en Inglaterra, se ha hecho mucho menos esfuerzo en investigar como intervenir sobre el problema. Una serie de talleres con asesores de políticas nacionales e investigadores relacionados con el tema llegaron a escribir “una lista de la compra” sobre evidencias necesarias para apoyar el desarrollo futuro de las políticas en el RU. Las necesidades claves incluyen:

- Evaluaciones sobre el impacto diferencial de intervenciones de salud pública sobre diferentes grupos sociales. Con mucha frecuencia, las evaluaciones pasadas se han centrado en el impacto general, controlan-

do por el estatus socioeconómico, en vez de estratificar por el mismo. Esto se ha dado incluso en campos relativamente bien investigados, como el control del tabaquismo. Con solo un pequeño esfuerzo extra, se podría incorporar este análisis diferencial de impactos en evaluaciones ya financiadas.

- Investigaciones metodológicas para desarrollar vías de evaluar un conjunto de intervenciones o “sistemas de políticas públicas”. Abordar las DSS requiere de la combinación de intervenciones más que de iniciativas aisladas, pero queda el interrogante sobre cuáles funcionan mejor en combinación y para qué grupos sociales.
- Investigaciones que utilicen más “experimentos naturales políticos” con el fin de ayudar a evaluar el impacto de unas amplias políticas públicas sobre la salud y las DSS. Esto forma parte de una demanda de hacer un mayor esfuerzo sobre cómo deben ser abordados y de mejor modo los determinantes sociales de la salud, donde la evidencia disponible es particularmente escasa. Es un área madura para análisis comparativos entre países que aporte enseñanzas en política internacional.

4.8. Las políticas para reducir las DSS en Europa

La acumulación de evidencias a partir de múltiples estudios, como los anteriormente mencionados, y la evidencia del fracaso de las políticas clásicas de salud, basadas en aumentar los recursos clínico-sanitarios y en proporcionar consejos a la población, llevó a muchos países a plantearse a finales del siglo anterior dar un paso más en el abordaje de las DSS: pasar del estudio a la intervención. El grado de compromiso de estas iniciativas fue variable, quedándose algunas en el campo de las declaraciones programáticas y las intenciones retóricas. Además, en la mayoría de los casos su desarrollo y sostenibilidad han estado muy determinados por los cambios de gobierno o de orientación política en los respectivos países.

Sin embargo, en el otro extremo tenemos casos en los que el empuje asociado a una firme voluntad política llevó a amplias políticas intersectoriales, refrendadas al más alto nivel (incluso parlamentario) y con una importante inversión económica asociada y que alcanzaban los determinantes sociales estructurales de las DSS (distribución de la renta, políticas de empleo y de salario, etc.). En algunos casos, estas políticas se comprometían a ser evaluadas por fuentes independientes y mediante indicadores de salud objetivables. En escasos casos, las políticas han sobrevivido, al menos, dos legislaturas. Por desgracia,

gran parte de los documentos de que disponemos para revisar estas políticas de reducción de las DSS están escritos en inglés y privilegian de nuevo, al conjunto de países del área lingüística anglosajona (Reino Unido, Irlanda, Países Escandinavos, Países Bajos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda) y en menor medida, Alemania y Francia. Muy escasa información hay de los países latinos europeos y del este de Europa, y menos del resto del mundo. Ya hemos mencionado lo poco representadas que están en la literatura de salud pública mundial las interesantes experiencias de medicina social en Latinoamérica.

De cualquier forma, independientemente de este claro sesgo en relación con la cultura y lengua dominantes, no dejan de resaltar por su interés las experiencias del Reino Unido y de los países escandinavos. La primera, porque se basa en una rica tradición de salud pública y de interés por las diferencias sociales en salud. La persistencia en el poder de los gobiernos laboristas durante más de 13 años ha permitido la sostenibilidad de un proyecto ambicioso de reducción de las DSS, que tiene el principal atractivo de que está bien documentado y se fijó metas evaluables. Y además tiene un enorme valor pedagógico, tanto para las personas que se acercan al tema, como para las que lo estudian desde hace años. La segunda, por las políticas públicas en relación con la reducción de las desigualdades que desarrollaron las socialdemocracias nórdicas en las últimas décadas. Nos detendremos en ambas experiencias, especialmente la del Reino Unido.

Las diferencias entre unas y otras políticas se podrían resumir en cuatro aspectos (79, 80):

1. Orientación hacia las poblaciones menos favorecidas (pobres o grupos sociales específicos o con mayor vulnerabilidad: minorías étnicas, madres solteras, excluidos, embarazadas adolescentes, etc.) o hacia todo el gradiente social. En el caso del Reino Unido, tuvo un original enfoque “geográfico” a medio camino de la dicotomía anterior: se centró en las áreas más deprimidas. Finlandia, Noruega y Suecia optaron por el enfoque de gradiente social, mientras Dinamarca, Países Bajos e Irlanda optaron por centrarse en los grupos menos favorecidos.
2. Énfasis en los estilos de vida o en los determinantes sociales estructurales. Los países que optaron por el enfoque de gradiente social fueron los mismos que ambicionaban cambiar los determinantes estructurales mediante políticas de distribución de la renta, de empleo, mejora del salario directo e indirecto, apoyo para la integración social y el éxito

escolar, etc. El resto se centraron en políticas de control del tabaco, alcohol o ansiedad, y de promoción de nutrición sana, ejercicio físico, o de la salud sexual de los jóvenes, etc., aunque muchos de ellos con un abordaje complejo que incluía las DSS en la intervención sobre estos estilos de vida.

3. El nivel de compromiso político: desde limitarse a ser una prioridad de un departamento de la administración de salud, pasando por ser un compromiso de gobierno de carácter interdepartamental (abarca varios ministerios no sanitarios), como ha sido el caso de Inglaterra, hasta contar con el apoyo parlamentario (que incluye la oposición política), como ocurrió en Suecia.
4. El nivel de enunciación de las metas en términos cuantitativos y la evaluación de las mismas. Esto sólo era posible en Inglaterra, Irlanda, Países Bajos y Finlandia.

4.9. Los estudios e intervenciones escandinavos y en los Países Bajos

La declaración “Salud para Todos en el año 2000” (SPT 2000) de la OMS (1977), fue adaptada en la región europea en 1980 incluyendo objetivos de reducción de las DSS, tanto entre países, como entre grupos sociales de cada uno. Fue, por lo tanto, un apoyo a los estudios y a las intervenciones sobre DSS. Su adopción por parte de varios gobiernos europeos, y muy especialmente en los países escandinavos, fue a veces más allá de la retórica.

Los países escandinavos habían desarrollado en los años ochenta interesantes investigaciones sobre las diferencias de mortalidad con respecto al nivel de educación y otras variables sociales, en que destacaban investigadores como Burström, Andersen, Valkonen y Pekkanen. La combinación del conjunto de estas evidencias científicas, junto con los largos periodos de gobiernos socialdemócratas, con una mayor sensibilidad hacia las políticas de equidad, favoreció que se pasase de la investigación a la intervención en políticas públicas, y que estas tuvieran cierta “sostenibilidad” en el tiempo. Surgieron varias comisiones de estudios o paneles de expertos, que recomendaron planes de abordaje de las DSS, como ya hemos mencionado antes.

En el caso de Noruega, el más reciente, es el plan de acción del panel de expertos de la Dirección General de Salud de 2005: *The Norwegian Directorate of Health's expert panel - Social inequality in health: Principles of action to tackle social inequality in health* (81). En el caso de Suecia, no se partía de cero en la acción contra las desigualdades sociales. Durante los años sesenta a noventa,

se había presentado un fuerte compromiso político para reducir la mortalidad infantil y las desigualdades entre grupos, llegándose al final del último gobierno socialdemócrata (arrebatado por la coalición de liberales y centristas en las elecciones de 2006) a sacar una estrategia nacional de salud pública, aprobada en 2003 por el parlamento sueco y con un fuerte enfoque hacia la equidad en salud (The National Public Health Strategy for Sweden in brief (82,83).

En el año 2001 se destaca en Finlandia el programa nacional “Health 2015”, del gobierno socialdemócrata con metas cuantificadas de reducción de mortalidad, y la estrategia nacional para la reducción de las desigualdades en salud del 2008 (84).

El caso de Dinamarca tiene características históricas diferenciadas con Suecia. El enfoque de las DSS ha tendido a centrarse más en la pobreza que en la acción sobre todo el gradiente social, y con una visión más individualista de los determinantes de las desigualdades, en la que se atribuía un menor papel y responsabilidad al estado de bienestar (85).

En los Países Bajos, el fértil trabajo de investigadores como Johan P. Mackenbach y Anton Kunst, de la Universidad de Rotterdam, entre otros, cristalizó en un Programa nacional de investigación sobre DSS, que abarcó dos periodos: 1989-1994, 1995-2000. El cambio político hacia la centro-derecha en el 2002 frustró el intento de llevar a acciones de gobierno las conclusiones de los planes de investigación. Las intervenciones se han quedado reducidas a acciones en el nivel local y a programas sectoriales. Los planes gubernamentales han puesto un fuerte énfasis en la responsabilidad individual.

4.10. Los estudios multicéntricos europeos

Mackenbach y Kunst también fueron protagonistas (y por lo general coordinadores) de estudios multicéntricos, que ponían en común el esfuerzo de varios grupos de investigadores europeos y conseguían ser subvencionados por fondos europeos. Los mencionados estudios comparaban la mortalidad entre varios países, con respecto a variables sociales. Aunque la comparación entre países estaba frecuentemente limitada por las grandes diferencias existentes en los registros de mortalidad, en las encuestas de salud y en los censos (principal fuente de los datos socio-demográficos), el esfuerzo de convergencia dio lugar a conocimientos interesantes, que en la actualidad están consolidados y a la creación de una red europea de investigadores de las DSS.

Un ejemplo de ello fue el descubrimiento de las diferencias entre los países del norte y del sur de Europa, en los perfiles de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer y gastrointestinales. Se vio un exceso de riesgo de mortalidad por cardiovasculares en las clases bajas de los países nórdicos, y un exceso de riesgo de mortalidad por cáncer (diferente al de pulmón) y por cirrosis hepática en las clases bajas de los países del sur de Europa. De estos resultados, podían desprenderse hipótesis generadoras de otros estudios.

Especialmente interesante fue el debate sobre si estos cambios sólo reflejaban que los países del sur se encontraban en una etapa más atrasada del desarrollo epidemiológico, al que estarían abocados, o bien, había factores en los estilos de vida, alimentación, ambientales, etc. que explicaran las diferencias en mortalidad, independientemente del nivel de desarrollo socio-económico alcanzado. En este caso, los factores protectores (ejemplo, la dieta mediterránea) serían susceptibles de ser exportados del sur al norte, al igual que otros (los ausentes en el sur), del norte al sur.

Cabe también destacar las recientes investigaciones de Mackenbach y otros autores que intentan reflexionar acerca de los motivos por los que los avances en el Estado de Bienestar europeo no han conseguido reducir las desigualdades sociales en salud en términos relativos (la brecha entre la salud de las clases altas y de las bajas) (86).

En España, destacaron sobre todo tres núcleos de investigación que participaron de estos estudios multicéntricos. En Barcelona, el grupo liderado por Joan Benach y Carme Borrell, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y de la Universidad Pompeu Fabra, que en la actualidad sigue siendo el grupo de vanguardia de la epidemiología social española; en Madrid, los trabajos de Enrique Regidor del Ministerio de Sanidad, que utilizaba datos de mortalidad de la ciudad de Madrid, y en el País Vasco los trabajos liderados por Santiago Esnaola.

El grupo tomó varios nombres, entre ellos European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, uno de cuyos trabajos recopilatorios fue publicado en 2008 en el *New England Journal of Medicine*, bajo el título de Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries (87).

Al final de la presidencia europea del Reino Unido de 2006, este país le encargó a Mackenbach un informe llamado *Health inequalities: Europe in profile* sobre las desigualdades en los países europeos, allí hace una recopilación de los trabajos anteriores de la red de investigación (88).

El proyecto EUROTHINE

El proyecto EUROTHINE (acrónimo de “Tackling Health Inequalities in Europe”) que se desarrolló entre 2005 y 2007, financiado a través del Programa de Salud Pública de la Comisión Europea, fue otra forma y otro resultado de esta red de investigación europea (89). Se formaron tres redes coordinadas:

1. El grupo de trabajo europeo sobre desigualdades socio-económicas en mortalidad y morbilidad (The European Working Group on socio-economic inequalities in morbidity and mortality).
2. La red europea de intervenciones y políticas de reducción de desigualdades en salud (The European Network on interventions and policies to reduce inequalities in Health).
3. La red de investigación europea en desigualdades sociales y salud (The European Research Network on social inequalities and health).

Las dos primeras se coordinaban desde Rotterdam (Johan Mackenbach) y la tercera desde Barcelona (Carme Borrell). Reunieron más de 50 investigadores de alrededor de 20 países europeos.

Sus dos principales líneas de trabajo fueron:

- Hacer una descripción comparativa de las desigualdades en salud entre los diferentes países participantes a partir de los datos nacionales, principalmente registros de mortalidad y encuestas de salud.
- Evaluar las evidencias sobre eficacia en las intervenciones para abordar estas desigualdades en salud.

Los resultados del trabajo se recogieron en un interesante informe final con más de 30 capítulos y más de 600 páginas, que se puede descargar en la página de Eurothine. Cada capítulo recoge un estudio específico. Los capítulos están agrupados en 7 secciones dedicadas a mortalidad, salud autopercebida, tabaco, obesidad/actividad física, uso de servicios de salud, metas de salud y recomendaciones de políticas públicas. En cuanto a las intervenciones, aunque se aboga por la necesidad de hacer intervenciones “corriente arriba”, se considera que no son suficientes por sí solas (se argumenta que las desigualdades persisten en los países con sistemas de bienestar social universales) y que no hay que despreciar el intervenir sobre los factores intermedios y estilos de vida. Los déficits de acceso a los servicios sanitarios son considerados factores importantes de

desigualdad, especialmente en los países del este, donde además se recomienda intensificar los esfuerzos. El uso de indicadores cuantitativos para guiar las políticas públicas es otra de las recomendaciones finales.

Los hechos probados sobre los determinantes sociales en salud

(Social Determinants on health. The facts. Wilkinson and Marmot. WHO Europe. 1998, 2003)

En 1998, los profesores Richard Wilkinson y Michael Marmot, coeditan una publicación promocionada por el Centro de la OMS para la Salud Urbana (responsable del proyecto de ciudades saludables) y el Centro Internacional para la Salud y la Sociedad, del Colegio Universitario de Londres, Reino Unido (University College of London). El objetivo era sintetizar y seleccionar las evidencias sobre determinantes sociales en salud en que había más consenso, fruto de las investigaciones de las décadas anteriores. Por ello, se tituló “los hechos probados” (The facts). En 2003, el ministerio de sanidad español editó la traducción de la segunda edición revisada (90).

En un formato pedagógico y atractivo, se exponen resumidamente los hechos conocidos, las implicaciones en el ámbito político y las fuentes claves de las siguientes áreas de las DSS: la pendiente social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, la adicción, los alimentos y el transporte.

4.11. Los estudios de impacto en salud de las políticas públicas (epidemiología política)

En la última década han proliferado estudios epidemiológicos que, aprovechando las bases de datos recopiladas por organismos internacionales, como la OCDE o la oficina estadísticas de la Unión Europea (Eurostat), sobre indicadores macroeconómicos y de salud, intentan explorar las diferencias en el impacto en la salud de diferentes modelos de políticas públicas (más neoliberales o más socialdemócratas, más de ajuste económico o de redistribución de la riqueza). Por ello, algunos los denominan estudios de epidemiología política.

Aunque algunos de estos estudios no exploran las diferencias entre clases sociales dentro de cada país, si proporcionan información interesante de las diferencias globales entre países y en diferentes periodos de tiempo. Por ello, indirectamente evalúan los modelos políticos y de sistemas de salud. Gran parte son estudios de series temporales, algunos de los cuales intentan incluso

ajustar modelos estadísticos explicativos y estimar el grado de relación entre variables socio-económicas y variables de salud (habitualmente mortalidad general y por causas).

Entre otros investigadores destacan:

- El grupo catalán de Vicens Navarro, Joan Benach, Carme Borrell y Carles Muntaner, de la Universidad Pompeu Fabra y la Agencia de Salud Pública de Barcelona (91).
- El grupo del Observatorio de Políticas Públicas y Salud, liderado por Carlos Álvarez-Dardet, de la Universidad de Alicante (España) y en el que participan prestigiosos salubristas colombianos como Álvaro Franco (Universidad de Antioquia) (92, 93).
- El grupo liderado por David Stuckler (Departamento de Sociología de la Universidad de Cambridge(94, 95) y Martin McKee (London School of Hygiene and Tropical Medicine) (96, 97), que han impulsado investigaciones sobre el efecto en la salud de la actual crisis financiera, social y política que está sufriendo Europa (98). Algunas de estas investigaciones se van publicando en revistas como Eurohealth, y Euroobserver, del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de salud – (European Observatory on Health Systems and Policies), que dirige McKee (99).
- Finalmente, mencionaremos los trabajos de José A. Tapia Granados, epidemiólogo español de la Universidad de Michigan, los del estadounidense Christopher Ruhm el alemán Neumayer el finlandés Valkonen el coreano Yungtae Cho (100, 101, 102, 103, 104).

4.12. El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS) de la OMS de 2008.

El encargo y la organización

La CDSS nace como fruto del encargo de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2004 de recoger las evidencias sobre las DSS y de hacer propuestas para abordarlas. La Comisión, dirigidos por Michael Marmot y su equipo de la University College London, reunió un amplio panel de expertos, políticos, organizaciones y líderes sociales, con personalidades de la talla del ex-presidente de Chile Ricardo Lagos, el senador italiano Giovanni Berlinguer y el Premio Nobel de Economía Amartya Sen.

El trabajo se organizó en nueve “Redes de conocimiento” (conocidas en inglés como Knowledge Networks) o grupos de investigación sobre: el desarrollo infantil, condiciones de empleo, globalización, sistemas de salud, medio ambiente urbano, métodos, género, exclusión social y prioridades de salud pública. Su tarea era resumir las evidencias disponibles, hacer recomendaciones y ayudar a los comisionados a escribir el informe final. Este fue presentado más de tres años después (el 28 de agosto de 2008) a Margaret Chan (la nueva directora de la OMS). El Informe final de la CDSS tenía 246 páginas, organizadas en 6 apartados y 17 capítulos, y su título fue traducido en su versión resumida castellana como “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (105).

Durante el proceso de elaboración del informe, se establecieron asociaciones con varios países comprometidos a afrontar las DSS, como Brasil, Canadá, Chile, Irán, Kenya, Mozambique, Reino Unido, Suecia y Sri Lanka y a desarrollar planes y programas de intervención específicos.

Las recomendaciones

Las recomendaciones del informe se resumen en tres principios de acción:

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 se deben 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 impo-

ne 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 en los ámbitos 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.

La Comisión hace un llamamiento para que se subsanen las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación, porque, entre otras razones, se dispone de los conocimientos necesarios para alargar considerablemente la esperanza de vida y atajar las grandes desigualdades que existen en y entre los países.

Como medidas para mejorar las condiciones de vida se propone:

1. Equidad desde el principio

- Comprometerse con una estrategia integral que aborde los primeros años de vida y ponerla en marcha, partiendo de los programas de supervivencia infantil existentes y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo.
- Velar por que todos los niños, madres y otras personas que tengan niños a su cargo se beneficien de un amplio conjunto de programas y servicios de calidad para el desarrollo de la primera infancia, con independencia de su capacidad de pago.

- Ofrecer a todos los niños y niñas una enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad, con independencia de su capacidad de pago. Definir y eliminar los obstáculos a que se enfrentan los niños y las niñas a la hora de matricularse y de seguir acudiendo a la escuela, y suprimir el pago de matrícula en las escuelas primarias.

2. Entornos salubres para una población sana

- Centrar la gestión y la planificación urbana alrededor de la salud y la equidad sanitaria (mayor acceso a viviendas asequibles; invertir en la mejora de los barrios de chabolas; promover conductas sanas y seguras según criterios de equidad, mediante la inversión en medios de transporte activos, la planificación del sector minorista para controlar el acceso a alimentos poco saludables, una ordenación adecuada del medio y la aplicación de controles reguladores, incluida la limitación del número de establecimientos de venta de alcohol).
- Promover la equidad sanitaria entre las zonas rurales y las zonas urbanas mediante inversiones sostenidas en el desarrollo rural, combatiendo políticas y procesos de exclusión que generen pobreza rural, y den lugar a procesos de privación de tierras y al desplazamiento de la población rural de sus lugares de origen.
- Velar porque las políticas económicas y sociales que se apliquen para afrontar el cambio climático y cualquier otro tipo de degradación medioambiental tengan en cuenta la equidad sanitaria.

3. Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno

- Convertir el pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno en objetivos esenciales de las políticas socioeconómicas nacionales e internacionales.
- Para alcanzar la equidad sanitaria hace falta que el empleo sea seguro, sin peligros y bien remunerado, que haya posibilidades de empleo a lo largo de todo el año y que exista un equilibrio justo entre vida profesional y vida privada para todos.
- Mejorar las condiciones de trabajo de todos los trabajadores para que estén menos expuestos a riesgos físicos, estrés laboral y conductas perjudiciales para la salud.

4. Protección social a lo largo de la vida

- Aplicar políticas de protección social universal de amplio alcance o mejorar las existentes para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente y pueda tener una vida sana.
- Lograr que los sistemas de protección social incluyan a quienes suelen estar excluidos: personas en situación de precariedad laboral, en particular quienes trabajan en el sector no estructurado, el servicio doméstico o la asistencia a otras personas.

5. Atención universal de salud

- Fundar los sistemas de salud en los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Reforzar y fortalecer el personal sanitario, y desarrollar su capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

Como medidas para luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos se menciona a:

1. La equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas.
2. Financiación equitativa (Asignar de forma equitativa los recursos públicos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.).
3. Responsabilidad del mercado.
4. Equidad de género.
5. Emancipación política –integración y posibilidad de expresarse.
6. Una gobernanza mundial eficaz.

Las valoraciones y críticas

De acuerdo con lo expuesto por Joan Benach, que participó activamente en la elaboración del informe, se pueden distinguir tres tipos de críticas: “la visión muy negativa realizada por fuerzas neoliberales, la visión positiva realizada por epidemiólogos sociales y, finalmente, un análisis radical de salud pública, positivo en general, pero también crítico” (106).

Las críticas neoliberales, provenientes de medios de comunicación, como *The Economist*, o de think-tanks conservadores, se centran en calificarlo de panfletario, reivindicar la responsabilidad individual sobre la salud o en defender

el valor del crecimiento económico, la globalización y la falta de restricciones al comercio o al empleo, como vías para mejorar el desarrollo humano y la salud pública.

Por otra parte, la epidemiología social, representada por investigadores como George Davey-Smith, Nancy Krieger (107) o de editoriales de revistas como *The Lancet* (108), valoran muy positivamente que la OMS se haya implicado con las DSS, la originalidad del trabajo conjunto entre expertos y políticos, la ingente cantidad de evidencias y reflexiones recogida por la Comisión y reivindican el necesario papel de la sociedad civil.

Por último, según Benach, desde la salud pública o la medicina social más radical se critica el informe por insuficiente al no denunciar claramente el origen estructural de las DSS o por obviar temas como la crisis socio-ecológica, la guerra y el militarismo, y la clase social; o bien ser edulcorados con términos políticamente más correctos como “cambio climático”, “conflictos”, “estratificación social” (o términos relacionados como “ingresos”, la “ocupación” o la “educación”), o “globalización” (109).

El informe de la Sociedad Civil

Las organizaciones de la sociedad civil que participaron en los trabajos de la CDSS emitieron un informe independiente crítico en octubre de 2007, titulado “Informe de la Sociedad Civil” (Civil Society Report). En el mismo se denuncia el abandono de los principios que inspiraron la Declaración de Alma Ata de 1978 sobre Atención Primaria de Salud. Se relacionan las DSS con la globalización neoliberal y sus políticas deslegitimadoras del mencionado enfoque de Atención Primaria de Salud, y se insiste sobre el evidente impacto negativo de estas políticas neoliberales sobre la salud pública. Los firmantes abogan porque la CDSS no se limite a un enfoque centrado en la presencia de desigualdades en salud, sino que se centre en la falta de equidad. Las políticas públicas que abordan la pobreza deben ser complementadas con políticas que aborden los determinantes sociales estructurales, que están en el origen de esta falta de equidad. El informe es completado con varios casos para estudio de intervenciones en varios países y regiones (Guatemala, Brasil, Cuba, Chile, Egipto, India, Oriente Medio, África subsahariana, Congo, Bangladesh, etc.) y con un análisis de situación en cada una de las cuatro “regiones mundiales” representadas (Asia, Latinoamérica, África y Mediterráneo oriental) (110).

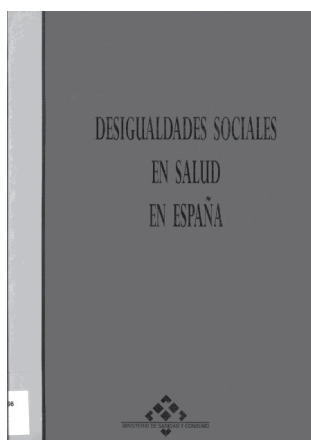
**ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS MÁS
RELEVANTES A NIVEL DEL ESTADO ESPAÑOL**

5.

5.1. La Comisión Científica de Estudio de las Desigualdades Sociales de Salud en España (El informe Navarro-Benach).

No es conocido por muchos el hecho de que en España también tuvimos un informe Black, es decir, un informe como resultado de una comisión oficial de estudio sobre las DSS en España, promovida por el gobierno de turno, finalizado en 1996 y bautizado como “Informe Navarro”. Sin embargo, al contrario que en el Reino Unido, no tuvo un gran impacto mediático ni generó un debate nacional entre las fuerzas políticas, sindicales y científicas de nuestro país. Por ello, y por las circunstancias políticas que le rodearon en 1996, no se tradujo en intervenciones para mitigar las DSS que sacó a la luz.

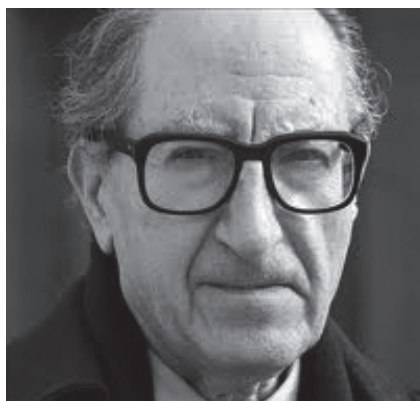
Fue titulado “Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión científica para el estudio de las DSS en España”. Se publicó en 1996 en la Revista Española de Salud Pública (111). Desafortunadamente, no está disponible que sepamos en la web (en el portal SciELO solo se encuentran los números de esta revista a partir de 1997).



Portada de la edición publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo

El informe se bautizó cómo informe Navarro, en honor del coordinador de la comisión, el profesor Vicenç Navarro (de la Johns Hopkins University), aunque se debería haber llamado más propiamente informe Navarro-Benach, por la importante aportación de Joan Benach, referencia fundamental en la epidemiología social contemporánea española. Así se presenta en la red: “Mi nombre es Joan Benach. Nací en Barcelona. Estudié la carrera de Medicina al combinar mi interés por la biología y por los temas humanísticos y sociales. Tras finalizar Medicina estudié Historia Contemporánea, y la “fusión” de ambas disciplinas me llevó a la Salud Pública y a la Medicina Social. Más tarde, cuando me incorporé a la Universidad Pompeu Fabra en 1996, comencé a estudiar a fondo la Salud Laboral, es decir, la parte de la Salud Pública que trata de la salud en su relación con las condiciones de trabajo. Mi trabajo como docente e investigador se relaciona sobre todo con los temas relacionados con las desigualdades en salud y su reducción.

Es un tema donde no se trata tanto de saber qué problemas de salud tiene la población y cuáles son sus mecanismos, sino de entender qué población tiene problemas de salud, por qué eso ocurre y que se puede hacer para obtener una salud más equitativa”.



Profesor Vicenç Navarro



Profesor Joan Benach

Vicenç Navarro ha sido Catedrático de Economía Aplicada en la Universidad de Barcelona. En la actualidad es Catedrático de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona, España). Es también profesor de Políticas Públicas en The Johns Hopkins University (Baltimore, EE.UU.)

donde ha impartido docencia durante 35 años. Dirige el Programa en Políticas Públicas y Sociales patrocinado conjuntamente por la Universidad Pompeu Fabra y The Johns Hopkins University (112).

El encargo

El informe tuvo otra cosa en común con el informe Black: el color político de los gobiernos que lo encargaron y lo recibieron. Como mencionamos antes en el caso británico, el informe Black fue encargado por un gobierno laborista, pero recibido, no sin evidente incomodidad, por el recién estrenado gobierno conservador de la Sra. Margaret Thatcher, que se esforzó en “desinflar” el impacto de sus conclusiones y en poner en cuestión la sensatez de las medidas propuestas. En el caso español, se dio la triste paradoja de que después de 11 años de gobierno del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) (que por cierto, subió al poder, al poco de publicarse el informe Black), se esperó a la última legislatura para iniciar un proceso de estas características, cuando el final del ciclo socialista estaba bastante claro para muchos. El encargo lo realizó en 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo, creando una comisión científica, dirigida por el profesor Vicenç Navarro, para documentar y analizar las DSS y hacer recomendaciones de políticas públicas. El informe fue entregado en 1996, cuando como resultado de las elecciones generales cambia el gobierno, que pasa de estar en manos del PSOE a ser responsabilidad del Partido Popular (PP).

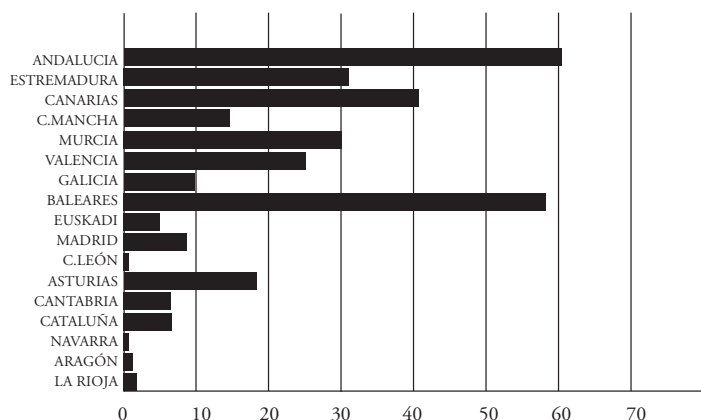
El análisis

El informe, además de una interesante revisión bibliográfica de trabajos anteriores sobre DSS en España, se basa principalmente en dos estudios propios:

1. Un estudio ecológico sobre desigualdades en la mortalidad 1990-1992 a nivel de áreas pequeñas (unidades menores que provincias) y Comunidades Autónomas (CCAA). El estudio ilustra el gradiente entre “dos Españas”: la España del norte-noreste (más rica y con mejores índices de salud) y la España del sur-suroeste (más pobre y con peores índices de salud). También encuentran una asociación estadística entre variables de privación material (usan un índice sintético de privación) y la mortalidad a nivel de las áreas estudiadas.

FIGURA 9.

Distribución de la población en zonas con RMC>110(%) por comunidad autónoma ordenadas según su nivel del índice sintético general

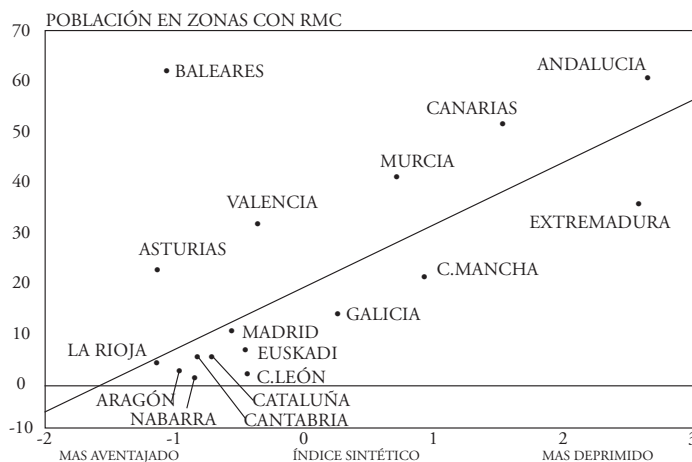


Rev Esp Salud Pública 1996, Vol. 70, No 5-6

Las CC.AA. de Andalucía, Extremadura y Canarias tienen mayor porcentaje de zonas con mayor riesgo de mortalidad (Balears es un caso a considerar aparte). La mayoría de las CC.AA. del norte de España (La Rioja, Aragón, Navarra, Euskadi, Cataluña, Cantabria y Castilla León) tienen el menor porcentaje de zonas con alta mortalidad.

FIGURA 10.

Índice sintético y mortalidad (% población en zonas con RMC>110 por comunidad autónoma)



Correlación entre el índice sintético de privación y la mortalidad por CC.AA. Las CC.AA. de Andalucía, Extremadura y Canarias tienen mayor porcentaje de zonas con mayor riesgo de mortalidad y peor índice de privación (regiones más deprimidas social y económicamente). Al contrario, la mayoría de las CC.AA. del norte de España (La Rioja, Aragón, Navarra, Euskadi, Cataluña, Cantabria y Castilla León) tienen el menor porcentaje de zonas con alta mortalidad y son más aventajadas socio-económicamente (valor negativo del índice sintético de privación).

2. Un análisis comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993. Se confirma el gradiente social al considerar varios apartados de las encuestas:
 - Las diferencias sociales en la autopercepción del estado de salud son menores en las CCAA “más ricas” y mayores en las CCAA “más pobres”.
 - La prevalencia de enfermedades crónicas tiene un gradiente social claro en el caso de la hipertensión y diabetes en mujeres y de las enfermedades respiratorias en hombres.
 - Se confirma las tendencias en los hábitos de salud.
 - En cuanto al uso de servicios sanitarios, no hay diferencias sociales en hospitalización, pero sí en el acceso a servicios dentales.

Las recomendaciones

Las principales recomendaciones del estudio fueron:

- Valorar las experiencias de políticas públicas contra DSS: por ejemplo, en Euskadi (Plan integral de lucha contra la pobreza 1988-1992) y Barcelona (intervención de salud materno-infantil en Ciutat Viella 1987-1992 y de control de tuberculosis en indigentes).
- Mejorar los sistemas de Información (introducir variables sociales en los registros y análisis), formación de profesionales en DSS. Convertir la comisión en una comisión permanente de estudio de las DSS.
- Mejorar las condiciones de vida y trabajo de la población.
- Priorizar la intervención sobre estilos de vida en poblaciones más vulnerables.
- Descentralización de la toma de decisiones y fomento de la participación.
- Tener en cuenta el impacto en salud en los planes de desarrollo intersectorial.
- Distribución de recursos socio-sanitarios según necesidad, en vez de por población asignada.
- Evaluar las políticas públicas, especialmente en términos de salud.
- Priorización de los siguientes colectivos y problemas: niños, condiciones laborales y vivienda, áreas de alta privación material, cambio de hábitos en grupos vulnerables, acceso a la atención sanitaria de toda la población.

Cómo es fácilmente imaginable, gran parte de las conclusiones y recomendaciones siguen siendo plenamente vigentes en nuestro país. Después de la era Aznar en los gobiernos del PP (1996-2003), en el momento de acabar la redacción de este libro, estamos finalizando la segunda legislatura del gobierno del PSOE liderado por el presidente Zapatero. En la primera legislatura (2003-2007), aunque se iniciaron importantes y meritorios cambios legislativos sobre políticas sociales con gran impacto sobre las DSS (especialmente la ley de dependencia), no se puede decir que las DSS fueran una prioridad ni en el ministerio de sanidad, ni en el resto del gobierno Zapatero. En la segunda legislatura se constituyó una nueva comisión de desigualdades sociales en salud, que acaba de entregar el informe que luego mencionaremos. Con cierta e irremediable sensación de deja vu, esperamos que no se repita la jugada anterior: poner las DSS en la agenda política cuando ya no hay tiempo para intervenir.

5.2. Los Atlas de mortalidad de España

En la última década ha aparecido editada una serie de atlas de mortalidad que han conseguido describir la distribución del riesgo de morir por causa de las principales enfermedades y problemas de salud, clasificados según unidades geográficas cada vez más pequeñas y socialmente más significativas. La mayoría han sido iniciativa de dos grupos de investigadores: uno en Barcelona, liderado por Joan Benach, y otro en Madrid, liderado por Gonzalo López Abente. Además, ambos impulsaron posteriormente el proyecto MEDEA, liderado por Carme Borrell, que produjo nuevos Atlas que profundizaron en el trabajo previo. De los Atlas por CC.AA. o por provincias, hemos pasado a los atlas municipales; y de estos a los atlas por distritos urbanos o por secciones censales.

Las diferencias en la distribución geográfica de los riesgos nos han permitido analizar las desigualdades sociales, no solo porque reflejan las diferenciales sociales, económicas y ambientales entre las regiones españolas, sino porque dentro de las ciudades, el lugar de residencia está fuertemente determinado por la pertenencia a una clase social y la capacidad de compra de la vivienda. Por desgracia, nuestras ciudades siguen estando intensamente segmentadas desde el punto de vista social.

El estudio de mortalidad 1990-1992 del informe Navarro-Benach (1996)

Como ya hemos mencionado, en 1996 el informe Navarro-Benach aportó un estudio ecológico sobre desigualdades en la mortalidad 1990-1992 a nivel de

áreas pequeñas (unidades menores que provincias: municipios o agregados de municipios pequeños) y Comunidades Autónomas (CCAA). Es decir, fue uno de los primeros atlas de mortalidad, que ilustró el gradiente entre “dos Españas”: la España del norte-noreste (más rica y con mejores índices de salud) y la España del sur-suroeste (más pobre y con peores índices de salud).

**Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España
1978-1992 (1996)**

El trabajo fue realizado en el Servicio de Epidemiología del Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología, dirigido por Gonzalo López Abente, y publicado en 1996 con la ayuda de la Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer (113). Mostraba la distribución provincial de la mortalidad por 51 causas en hombres y mujeres, incluyendo cáncer y otras causas (cardiovasculares, accidentes, causas externas, suicidios, etc.). Contenía más de 200 mapas en color y un disquete con todas las tablas y posibilidad de generación de nuevos mapas.

**Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España
1987-1995, (2001)**

Cinco años después de editarse el informe Navarro-Benach, Joan Benach y el equipo de la Unidad de Salud laboral de la Universidad Pompeu-Fabra (en colaboración con el Instituto Municipal de Salud Pública y la Escuela Andaluza de Salud Pública), presentaron un nuevo atlas de mortalidad en España, que vuelve a utilizar unidades subprovinciales, estudiando esta vez 2.218 municipios o agregados de municipios (114). A partir del análisis de los tres millones de muertes registradas en España (datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística) entre los años 1987 y 1995 se extraían tres conclusiones principales. Primera, la presencia de nuevo de un patrón de mortalidad geográfica norte-sur según el cual los municipios de las comunidades autónomas del sur de España presentan el riesgo de mortalidad más elevado. Segunda, la observación de patrones específicos de mortalidad en causas de muerte muy concretas (por ejemplo, las lesiones por accidente de tráfico, que se concentran en el norte del país o en la franja mediterránea; o el cáncer de estómago, con mayor incidencia en Castilla y León); y, tercera, la aparición de una clara agregación de áreas con un riesgo de mortalidad más elevada de lo normal en la zona sur-oeste de España, concretamente, en los municipios de las provincias de Huelva, Sevilla y Cádiz, donde se observa hasta un 20 y un 25 por ciento de exceso de mortalidad sobre la media nacional.

Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998 (2006)

En 2006, el Centro Nacional de Epidemiología publicó este atlas, fruto del equipo de dicho centro, dirigido por el profesor Gonzalo López-Abente (115). El atlas profundizaba en un análisis anterior a nivel provincial, llegando a la unidad definida por el término municipal. Por ello, facilitaba el estudio de patrones interprovinciales e intraprovinciales, que era imposible visualizar en los anteriores atlas y evitaba el problema de los efectos «frontera» que pueden afectar a muchas áreas. Además, aportaba mapas con indicadores «suavizados» para los más de 8.000 municipios de España. Junto con cada mapa por causa, se incluía una interesante revisión resumida acerca de las evidencias, sobre las causas o los factores de riesgo asociados a cada tipo de cáncer. El trabajo se completaba con una información atinente a la distribución de indicadores sociodemográficos y sobre contaminación industrial, como ejemplo de posibles componentes que explicasen la distribución de las patologías. A pesar de concentrarse en el cáncer, también se incluyeron mapas de causas de muerte ajenas al cáncer como diabetes, enfermedades respiratorias o cardiovasculares.

Atlas de mortalidad en ciudades de España 1996-2003, (2008)

Como luego veremos, fue uno de los productos del proyecto MEDEA y se diferencia del atlas anterior en el análisis que hace de las principales causas de enfermedad y su distribución a nivel de secciones censales de 11 grandes ciudades de España (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Málaga, Bilbao, Castellón, Córdoba, Alicante y Vigo). Se complementa con atlas de distribución del indicador compuesto socio-económico (diseñado para el proyecto Medea) en las 11 ciudades estudiadas (116).

5.3. El Proyecto MEDEA (Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades socio-Económicas y Ambientales) 2005-2007.

El proyecto MEDEA (Desigualdades socioeconómicas y medioambientales en la mortalidad en ciudades de España) ha sido un programa de varios grupos de investigación españoles, coordinados desde la Agència de Salut Pública de Barcelona (liderado por Carme Borrell), financiado por el FIS. Destacamos al proyecto MEDEA no solo por la rica producción científica que ha proporcionado, sino por haber sido una plataforma de enlace y apoyo mutuo de los grupos de investigación sobre epidemiología social, dispersos por España, y

no siempre debidamente reconocidos y apoyados, a nivel de las respectivas administraciones públicas (117).

Los objetivos del proyecto fueron:

1. Construir para cada ciudad estudiada (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Málaga, Bilbao, Córdoba, Alicante, Castellón y Vigo) un índice de privación que resuma las diversas características socioeconómicas de las secciones censales y permita conocer los patrones de la distribución de las áreas según el nivel de privación (118).
2. Conocer los patrones de la distribución de la mortalidad (general y por causas) en áreas pequeñas de ciudades de España empleando el seccionado censal como unidad de análisis, en los años 1996-2003.
3. Estudiar las desigualdades socioeconómicas en mortalidad (general y por causas) en ciudades de España en los años 1996-2003.
4. Estudiar la relación entre los factores medioambientales y la mortalidad (general y por causas) en ciudades de España.

El paso de gigante, que ha supuesto este proyecto para la epidemiología social española, se inició en 2005 con la facilitación al acceso a las bases de datos de los registros de mortalidad y su tratamiento. Ello ha permitido “georreferenciar” (definir las coordenadas geográficas del lugar de residencia y luego agruparlas por unidades geográficas socialmente significativas, como las secciones censales) cada uno de los fallecimientos, que se dieron entre el periodo 1996 y 2003 en estas ciudades, y estimar la mortalidad a nivel de secciones censales.

La confección de mapas de mortalidad y de privación social, mediante sistemas de información geográfica (SIG), ha permitido el diseño de atlas de mortalidad y de desigualdades socio-económicas y la exploración de patrones territoriales y agregaciones espaciales de sobremortalidad y privación social.

Por otra parte, se ha podido relacionar esta mortalidad con las características socio-económicas del lugar de residencia de los fallecidos, a través de la construcción de un índice compuesto de privación social a partir de los datos censales. El uso de complejas técnicas estadísticas bayesianas ha permitido estudiar la relación entre privación social y riesgo de morir, volviendo a poner en evidencia el gradiente social de la mayoría de las causas de fallecimiento en nuestras ciudades. Los resultados han posibilitado el planteamiento de nuevas hipótesis, estimulando nuevos proyectos de investigación. Por desgracia, la

investigación sobre la relación entre la mortalidad, la privación social y los factores medioambientales, ha tenido hasta el presente un menor desarrollo.

MEDEA I fue un proyecto de 10 grupos coordinados, que se llevó a cabo entre 2005 y 2007. Entre sus productos destaca el “Atlas de mortalidad en ciudades de España (1996-2003)”, que fue ampliado por algunos Atlas de mortalidad y DSS de las ciudades y CC.AA. participantes en el proyecto, como la Comunidad de Madrid (Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid (116, 119). Además, ha generado múltiples estudios específicos, algunos de los cuales han sido publicados en forma de artículos en revistas científicas (120). El primer proyecto fue continuado por MEDEA II, ampliándose a 14 grupos de España y fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III durante los años 2009-2011. Se complementa con el proyecto INEQ-CITIES, respaldado por la Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) de la Unión Europea, con socios de 15 países europeos, que está en curso durante los años 2009-2012.

5.4. El Informe de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (Ministerio de Sanidad y Política Social). 2009.

Encargo y organización

Al poco de salir a la luz el informe de la CDSS de la OMS y de iniciarse la segunda legislatura del gobierno socialista del presidente Zapatero, en octubre de 2008, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSyPS) puso en marcha una Comisión para reducir las desigualdades en salud. Era de nuevo un grupo de trabajo multidisciplinar, coordinado esta vez por Carme Borrell, con el mandato de elaborar, con base en el conocimiento existente en nuestro país, un documento con medidas de intervención a corto, medio y largo plazo para disminuir las DSS en el ámbito de la salud pública; además de identificar otras áreas de intervención e instituciones implicadas en el desarrollo de las mismas.

El encargo partía de un ámbito jerárquico limitado, es decir, que se había realizado desde una dirección general del MSyPS, en vez de partir del parlamento, de la presidencia del gobierno o directamente de la propia ministra. El compromiso de que las recomendaciones fueran aceptadas por otras áreas ministeriales y que posibles intervenciones gubernamentales intersectoriales, más allá del sector sanitario, fueran puestas en marcha, estaría, por lo tanto, dificultado por esta limitación del encargo. Incluso las intervenciones desde

el propio sector sanitario o desde la administración de salud pública, en un momento de fuerte descentralización competencial, solo serían factibles si se conseguía la aceptación de las recomendaciones por parte de las 17 CC.AA. De cualquier forma, la iniciativa era valiosa y merecedora de ser aprovechada hasta el límite. Y así se hizo.

Inicialmente fueron invitados a formar parte de la Comisión un total de 17 expertos. Se encargó la revisión, tanto de aspectos conceptuales sobre las políticas para reducir las desigualdades en salud, como la situación de las desigualdades en España, las políticas realizadas en otros países y los planes de salud de España. Los borradores fueron revisados por 63 expertos, tanto de forma individual como en el trabajo de ocho grupos.

La tarea de estos grupos fue la identificación del nivel político de responsabilidad y la temporización de la puesta en marcha de cada intervención o política estratégica incluida.

Estructura del informe

- Capítulo 1. Introducción: las desigualdades en salud, marco conceptual, y principios para las políticas. Este capítulo repasa el concepto de desigualdad en salud, el modelo teórico de los determinantes de las desigualdades, y los principios de acción y la tipología de las políticas para disminuir las desigualdades en salud.
- Capítulo 2. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud en España. En este capítulo se presentan las desigualdades en salud en España ilustrando con algunos ejemplos las desigualdades en los determinantes de la salud y en la salud.
- Capítulo 3. Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa. El capítulo hace una revisión de las políticas para reducir las desigualdades en salud en algunos países europeos, con la finalidad de mostrar ejemplos de buena práctica que puedan ser útiles en nuestro medio.
- Capítulo 4. Las desigualdades en los planes de salud en España. ¿Lo mismo pero más? El capítulo revisa los planes de salud de España y sobre todo, los cambios que han existido en los nuevos planes respecto al enfoque de las desigualdades sociales en salud.
- Capítulo 5. Propuesta de políticas estratégicas para la reducción de las desigualdades sociales en salud. Este documento, estructurado en apartados según los ámbitos de actuación identificados por la Comisión

de Determinantes Sociales de la OMS, presenta las recomendaciones de la comisión sobre las políticas estratégicas que deberían ponerse en marcha para reducir las desigualdades en salud en España.

El informe fue presentado durante la Presidencia Española de la UE del primer semestre de 2010, estando pendiente de su publicación en el momento de escribir estas líneas.

De nuevo, (véase informe Black, informe Navarro-Benach), el producto de la comisión salió en un momento político y legislativo difícil para que se implementen las políticas recomendadas. La crisis financiera, los modelos y las prioridades sobre políticas de ajuste aplicadas y la presión para disminuir el gasto social, han dejado las políticas de reducción de las DSS en un segundo plano y con un escaso margen de maniobra.

Esperemos que sea una situación coyuntural y que la tozudez de los datos, los estudios y los informes sobre DSS, como los que hemos ido presentando hasta ahora, vuelvan a convencer a los políticos, especialmente a aquéllos con responsabilidades de gobierno, que la riqueza, el bienestar social y la salud de un país no se pueden conseguir, a menos que se reduzca la brecha de las desigualdades sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madrid Salud. 2011. "Estrategia Gente Saludable 2010-2015": Disponible en: http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/introduccion.php
2. Segura del Pozo, J et al. El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud. Revista Comunidad. PACAP, 2011. Disponible en: http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/pdfs/Comunidad13-CMS.pdf
3. Blog "Salud Pública y algo más": http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica
4. Blog "Salud Pública y otras dudas". <http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>
5. Blog "Salud Pública y algo más". Curso de desigualdades sociales en salud. http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/category/curso-de-desigualdades-sociales-en-salud
6. Rodríguez Ocaña E. Equidad y salud: fundamentos históricos de la preocupación sanitaria por las desigualdades sociales. Salud 2000. 2009; 123: 20-23.
7. Foucault M. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". Cap. 6 de "La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación". Buenos Aires: Editorial Altamira.
8. Foucault M. "Historia de la medicalización". Cap. 7 de "La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación". Buenos Aires: Editorial Altamira.
9. Segura del Pozo J. La política de los grandes números, una historia y sociología de la estadística, en el blog "Salud Pública y algo más", junio 2007 (último acceso junio 2010: Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/06/29/68972)
10. Desrosieres A. La política de los grandes números. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Melusina. 2004.
11. Donzelot J. La invención de lo social. Ensayo sobre la declinación de las pasiones políticas. Buenos Aires: Nueva Visión, 2007.
12. Rodríguez Ocaña E. La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923). Colección textos clásicos españoles de la Salud Pública No.30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1987, p. 16. 13.
13. Francos Rodríguez J. "Propaganda Médica", El Siglo Médico (1918), p. 702, citado en Vázquez García, Francisco. "La invención del racismo. Nacimiento de la Biopolítica en España, 1600-1940. Akal Editorial. Tres Cantos, 2009, p. 209.
14. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health, WHO, Copenhagen. 1990.
15. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

16. Informe "Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Recomendaciones de la Comisión". Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social. (Pendiente de publicación)
17. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22: 465-73.
18. Navarro V, editor. *The political and social contexts of health*. Amityville: Baywood Publishing, 2004.
19. Harnecker M. "Los conceptos elementales del materialismo histórico". S XXI Editores. 1975.
20. Wright EO. *Classes*. London: Verso, 1985.
21. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science & Medicine*. May 2004; 58, Issue 10:1869-1887.
22. Borrell C. Desigualdad social según clase social en la mujer. *Diálogo Filosófico*. 2004; 59: 245-260.
23. Borrell C, Rohlfs I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (Suppl 2): 75-82.
24. Poulantzas N. "Las clases sociales en el capitalismo actual" Siglo XXI editores.
25. Grupo SEE y Grupo SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*. 2000; 25: 350-63.
26. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic Position. En: *Social Epidemiology*. Berkman LF and Kawachi I. (Eds). Oxford University Press 2000.
27. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EUR/ICP/RPD 416).
28. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*. 1997; 44: 757-771
29. Resumen de los indicadores más utilizados para la medición de desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan- American Journal of Public Health* 12(6), 2002. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a14v12n6.pdf>
30. Borrell C, Rué M, I Pasarín M, Benach J, E Kunst A. La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2000 Dec;14 (Suppl 3):20-33. PubMed PMID: 11459557.
31. Avendano M. "Measuring inequalities in health". Erasmus MC. Department of Public Health. Apuntes de clase del curso "Health inequalities in Europe", organizado por European Educational Programme in Epidemiology (EEPE), dirigido por Johann Mackenbach y Anton Kunst, en Fiesole, Florencia, 17 de junio de 2008.
32. Segura del Pozo J. Epidemiología de campo y epidemiología social. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20: 153-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v20n2/especial.pdf>
33. Kuhn TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2001.

34. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology. En: Filho NA, Barreto ML, Veras RP, Barata RB (Eds). *Teoría epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz / Abrasco; 1996.
35. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*. 1994; 39: 887-903.
36. De Almeida-Filho N. *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Madrid: Lugar Editorial; 2000.
37. Bachelard G. *La formación del espíritu científico*. Madrid: Siglo XXI; 2003.
38. De Almeida-Filho N. Saramago's all the names and the epidemiological dream. *Journal Epidemiology Community of Health*. 2004; 58: 743-6.
39. De Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*. 2003; 93:2037-43.
40. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*. 2001; 28; 358: 315-23.
41. Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa; 2003.
42. Pérez AC (Ed). *Monográfico sobre la investigación cualitativa en salud en España*. Revista Española de Salud Pública. 2002; 76.
43. Libro Blanco de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo [actualizado 2 Jun. 2005; citado 10 enero 2006]. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/marcos/f libro.htm>
44. Segura del Pozo J. Epidemiología mestiza. *Gaceta Sanitaria* [online]. 2007; 21 (1):88 [citado 2010-06-16]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv21n1/carta1.pdf>
45. Libro Blanco de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Capítulo 4.6.3. Lo individual y lo colectivo. Consejería de Sanidad y Consumo (actualizado 2 Jun. 2005 (citado 14 Jul. 2006). Disponible en: http://www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco_cerrado/pdf/4.6.pdf
46. Rose G. "La estrategia de la medicina preventiva".: Masson - Salvat; Barcelona 1994.
47. Graham H and Mackie L. *The first months of motherhood*. Health Education Council. England.
48. Graham H. *When Life's A Drag: Women, Smoking and Disadvantage*, HMSO, London, 1993.
49. Graham H. *Women, Health and the Family*, Wheatsheaf Books, Brighton 1984, pp 207 (reprinted 1985).
50. Davey- Smith G, Susser E, Stein Z, Susser M. Epidemiology: observation, causation and action, *International Journal of Epidemiology* 2002; 31: 34-37. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/31/1/40.pdf>
51. Susser M. *Conceptos y estrategias en Epidemiología. El pensamiento causal en las ciencias de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica; 1991.
52. Susser M. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and Paradigms; II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology. *American Journal of Public Health*. May 1996; 86 (5):668-677 p. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380474/pdf/amjph00516%2D0062pdf> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380475/pdf/amjph00516%2D0068.pdf>

53. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*, 1994; 39 (7): 887-903.
54. ICPSR. Alameda County [California] Health and Ways of Living Study, 1974 Panel Disponible en: <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/studies/06838>
55. Kaplan et al. "Mortality among the Elderly in the Alameda County Study: Behavioural and Demographic Risk Factors", *American Journal of Public Health* 1987; 77: 307-312. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/77/3/307>
56. Han M, Kaplan GA, Camacho T. Poverty and health. Prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*. 1987 Jun; 125(6): 989-98.
57. Yen IH, Kaplan GA. Poverty area residence and changes in physical activity level: evidence from the Alameda County Study. *Am J Public Health*. 1998 Nov; 88(11): 1709-1712.
58. Yen IH; Kaplan GA. Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County study. *International Journal of Epidemiology*. Feb. 1999; 28, (1): 90-94 (5).
59. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 1979 Feb; 109(2):186-204.
60. Baltrus PT, Lynch JW et al. Race/Ethnicity, Life-Course Socioeconomic Position, and Body Weight Trajectories Over 34 years: The Alameda County Study | *American Journal of Public Health* Sep. 2005; 95 (9): 1595-1601.
61. San Martín H. Salud y enfermedad. La Prensa Médica Mexicana. 1995. Edición original de 1961 en Cuba.
62. <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0000543.pdf>
63. De Almeida- Filho N. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2000.
64. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. "Precariedades del Exceso. Información y comunicación en salud colectiva" Lugar Editorial. Buenos Aires. 2005.
65. <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
66. Acheson SR. (Chairman). Independent inquiry into inequalities in health. Report. London: The Stationery Office, 1998. Disponible en: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>
67. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/part2k.htm>
68. Whitehead M and Bird P. "England". En: Hogstead editor: "Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries". Swedish Institute of Public Health. 2008. Disponible en: <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Health-for-all/>
69. "Learning from Healthy Living Centres: The changing policy context". The Big Lottery Fund, December 2007. Disponible en: http://www2.biglotteryfund.org.uk/er_eval_hlc_change_pol.pdf
70. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_083471
71. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. Disponible en: <https://www.ucl.ac.uk/ghcg/marmotreview>
72. Shaw M, Davey Smith G, Dorling D: Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress. *BMJ* 2005 April 30; 330 (7498): 1016-21.

73. Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit.2010; 24(Supl.1):42-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/desigualdades-sociales-salud-infantil-informe-sespas-2010-13188262-politicas-salud-salud-publica-2010?bd=1> <https://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview>
74. A New Commitment to Neighbourhood Renewal. National Strategy Action Plan. Report by the Social Exclusion Unit. January 2001. Disponible en: <http://neighborhood.statistics.gov.uk/HTMLDocs/images/NationalStrategyReporttcm97-51090.pdf>
75. Ledwith M. Community Development. A critical approach. BASW / Policy Press title. 2005.
76. http://www2.biglotteryfund.org.uk/er_eval_hlc_final_eval_summ.pdf
77. http://www2.biglotteryfund.org.uk/er_eval_hlc_change_pol.pdf
78. Whitehead M, Bird P. "England". En: Hogstead et al (Eds.) "Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries". Swedish Institute of Public Health. 2008. Disponible en: <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Health-for-all/>
79. Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.): Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries. Swedish National Institute of Public Health. 2008.
80. Esnaola S, Bacigalupe A, Sanz E, Martín U, Aldasoro E. Capítulo 3: "Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa". En: Informe de la Comisión de Desigualdades sociales en salud del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. 2009. No publicado.
81. The Norwegian Directorate of Health's expert panel - Social inequality in health: Principles of action to tackle social inequality in health. Disponible en: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00093/_Handlingsprinsipper_93669a.pdf
82. Burström B. Social differentials in the decline of infant mortality in Sweden in the twentieth century: the impact of politics and policy. International Journal of Health Services. 2003; 33 (4): 723-741.
83. The Swedish National Institute of Public Health. The National public health strategy for Sweden in brief. Disponible en: [http://www.fhi.se/PageFiles/4411/public%20health%20strat\(1\).pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/4411/public%20health%20strat(1).pdf)
84. TEROKA. National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008-2001. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki: 2008. Disponible en: <http://pre20090115.stm.fi/pr1227003636140/passthru.pdf>
85. Vallgård S. Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden. Critical Public Health. 2007; <http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=t713411440~tab=issueslist~branches=17-v1717> (1) :45-56.
86. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. Social Science & Medicine. 2012 Aug.; 75 Issue 4.
87. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. New England Journal of Medicine. 2008; 358: 2468-81. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/358/23/2468.pdf>
88. Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in profile. UK EU presidency. Feb.2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf
89. www.eurothine.org

90. OMS Europa. Los determinantes sociales en salud. Los hechos probados. 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
91. Navarro V, Borrell C, Muntaner C, Benach J et al. El impacto de la política en la salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires. Ene-abr., 2007; 3(1): 9-32,. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n1/v3n1a02.pdf>
92. <http://www.ua.es/webs/opps/opps.htm>
93. Franco A, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ (Clinical research ed.)*. 01/2005; 329 (7480):1421-3. DOI:10.1136/bmj.329.7480.1421
94. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009;374 (9686): 315-23
95. Stuckler D, Basu S, McKee M. "Budget crises, health, and social welfare programmes". *BMJ* 2010;340:c3311. Disponible en: http://www.bmj.com/cgi/content/full/340/jun24_1/c3311
96. McKee M, Stuckler D. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *BMJ*. 2011 Dec 20;343:d7973. doi: 10.1136/bmj.d7973. PubMed PMID: 22187190
97. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. *Lancet* 2009;373(9661):399-407.
98. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011 Oct 22;378(9801):1457-8. Epub 2011 Oct 9. PubMed PMID: 21988763. accessible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961556-0/fulltext>
99. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J et al "Health Policy in the Financial Crisis" *Eurohealth incorporating Euro Observer*. 2012; 18 (1). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/162959/Eurohealth_Vol-18_No-1_web.pdf
100. Tapia-Granados J. Recessions and mortality in Spain, 1980–1997. *Eur J Popul* 2005; 21: 393–422.
101. Ruhm CJ. 'Are recessions good for your health?' *Quarterly Journal of Economics*. 2000; 115, 617–650; Gerdtham U, Ruhm, CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol* 2006; 4: 298–316.
102. Neumayer E. 'Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany', *Social Science & Medicine*. 2004; 58, 1037–1047.
103. Valkonen, T., Martikainen, P., Jalovaara, M., Koskinen, S., Martelin, T., & Mäkelä, P. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *European Journal of Public Health*. 2000; 10(4), 274e280.
104. Youngtae Cho. Social inequalities in life expectancy during the transition period of economic crisis (1995-2005) in Korea. School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea. Borrador no publicado. Disponible en: <http://iussp2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=93130>

105. WHO. "Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation. Health Equity through action on social determinants of health". Geneva: World Health Organization. 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
106. Benach J, Muntaner C, Vergara M, Sridharan S. Informe de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS: una valoración crítica. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas sobre "Desigualdades Sociales en la Salud en la Comunidad de Madrid". Cátedra UAH-Fundación ICO de Análisis de Políticas Sanitarias. Madrid, 2009. Disponible en: http://www2.uah.es/catedra_aps/jornadas/ponencias/benach.pdf
107. Davey Smith G, Krieger N. Tackling health inequities. *BMJ*, 2008; 337(7669): 529.
108. The Lancet. Can health equity become a reality? *Lancet* 2008;372:1607
109. López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*. 2008; 3(4): 323-335. Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
110. WHO. "Civil Society Report". Commission on Social Determinants of Health. October 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/cso_finalreport_2007.pdf
111. Navarro López V, Benach de Rovira J. Desigualdades sociales de salud en España. *Revista Española de Salud Pública*. 1996; 70: 505-636.
112. Navarro López V. Página oficial: <http://www.vnavarro.org/wp/>
113. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992. Instituto de Salud Carlos III, 1997. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/libros/atlas.pdf>
114. Benach J et al. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España, 1987-1995. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2001.
115. Atlas Municipal de Mortalidad por Cáncer en España 1989-1998. Instituto de Salud Carlos III, 2006. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/libros/Atlas_municipal.pdf
116. Borrell C, Cano-Serral G, Martínez-Beneito M.A., Mari-Dell'Olmo M, Maica Rodríguez-Sanz, y grupo MEDEA. Atlas de mortalidad en ciudades de España (1996-2003). Barcelona: Dit I Fet, 2009. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/libro_atlas_alta_2009_inter.pdf
117. <http://www.proyectomedeas.org/medeas.html>
118. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gaceta Sanitaria* 2008; 22: 179-87. PMID: 18579042.
119. Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142568608450&language=es&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914017
120. <http://www.proyectomedeas.org/publicaciones.html>

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.

Esquema de Margaret Whitehead para juzgar la (in)justicia de las DSS.
The concepts and principles of equity and health,
WHO, Copenhagen..... 42

TABLA 2.

Localizaciones de clase social de Wright..... 53

TABLA 3.

Clase ocupacional como medida de clase social.....58

TABLA 4.

Clasificación de nivel educativo en España 59

TABLA 5.

Medida de “nivel educativo”: ventajas e inconvenientes. 62

TABLA 6.

Medida de “ingresos”; ventajas e inconvenientes..... 63

TABLA 7.

Medidas agregadas de área geográfica: “ventajas e inconvenientes” ... 65

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.	
Modelo de la caja negra	32
FIGURA 2.	
Modelo del río sobre la génesis de las DSS y ejemplos de intervenciones para reducirlas, que suponen soluciones “corriente arriba” o “corriente abajo”	45
FIGURA 3.	
El modelo de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.	47
FIGURA 4.	
Tasa de mortalidad estandarizada Por 100.000 entre 15 a 64 años por clase ocupacional	57
FIGURA 5.	
Riesgo relativo suavizado de morir por cáncer de estómago en España (1989-1998)	67
FIGURA 6.	
Posición socioeconómica.	70
FIGURA 7.	
Tasa de mortalidad y grado en el empleo a lo largo de 25 años (Hombres)	96
FIGURA 8.	
Grado de control del trabajo (autorreferido) e incidencia de enfermedades cardíacas coronarias	99
FIGURA 9.	
Distribución de la población en zonas con RMC>110(%) por comunidad autónoma ordenadas según su nivel del índice sintético general.....	140
FIGURA 10.	
Índice sintético y mortalidad (% población en zonas con RMC>110 por comunidad autónoma)	140



En su composición se utilizaron
caracteres Adobe Garamond Pro 11/ 13,5
páginas interiores sobre propalibros beige de 90 gramos,
formato 16,5 x 23,5 cm y carátula en propalcote de 240 gramos.

Tiraje 250 ejemplares.

Primera impresión en Bogotá, Colombia.

Abril de 2013, Impresol Ediciones

para la Universidad Nacional de Colombia.